



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



# 132.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

*Washington, D.C., EUA, 23-27 de junio de 2003*

---

CE132/FR (Esp.)  
23 julio 2003  
ORIGINAL: INGLÉS

**INFORME FINAL**

## CONTENIDO

	<i>Página</i>
<b>Apertura de la sesión</b> .....	5
<b>Asuntos relativos al reglamento</b> .....	6
Mesa Directiva.....	6
Adopción del orden del día y del programa de reuniones .....	6
Representación del Comité Ejecutivo en el 44.º Consejo Directivo, 55.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas .....	6
Orden del día provisional del 44.º Consejo Directivo, 55.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas .....	7
<b>Asuntos relativos a los comités</b> .....	8
Informe de la 37.ª sesión del Subcomité de Planificación y Programación.....	8
Informe de la 20.ª sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo.....	8
Informe del Jurado del Premio OPS en Administración, 2003.....	10
Informe del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales.....	11
<b>Asuntos relativos a la política de los programas</b> .....	12
Estrategia de gestión para el trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana durante el período 2003-2007.....	12
Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2004-2005 .....	19
Resultados logrados en relación con las orientaciones estratégicas y programáticas durante el período 1999-2002 .....	26
Informe sobre la 13.ª Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura .....	29
Atención primaria de salud en las Américas: enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y retos futuros .....	33
La familia y la salud.....	38
Globalización y salud .....	43
Grupo étnico y salud .....	49

**CONTENIDO** (cont.)

	<i>Página</i>
Mantenimiento de los programas de vacunación.....	54
Contribución de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) al logro de los objetivos de desarrollo del milenio.....	58
Monitoreo de la reducción de la morbilidad y mortalidad maternas .....	62
Pandemia de influenza: preparativos en el continente americano .....	67
Régimen alimentario, nutrición y actividad física .....	72
Repercusión de la violencia en la salud de las poblaciones americanas.....	77
<b>Asuntos administrativos y financieros</b> .....	81
Informe sobre la recaudación de las cuotas .....	81
Informe financiero parcial del Director para 2002 .....	84
Examen del nivel autorizado del Fondo de Trabajo .....	87
Edificios de la OPS y sus instalaciones .....	91
<b>Asuntos de personal</b> .....	91
Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	91
Intervención del representante de la Asociación de Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	92
<b>Asuntos de información general</b> .....	95
Resoluciones y otras acciones de la 56. <sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS .....	95
<b>Clausura de la sesión</b> .....	98
<b>Resoluciones y decisiones</b> .....	98
<b>Resoluciones</b> .....	98
CE132.R1    Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	98
CE132.R2    Recaudación de las Cuotas .....	100
CE132.R3    Examen del nivel autorizado del Fondo de Trabajo .....	101
CE132.R4    13. <sup>a</sup> Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (13. <sup>a</sup> RIMSA).....	102
CE132.R5    Atención primaria de salud en las Américas .....	104

## CONTENIDO (cont.)

*Página*

### **Resoluciones (cont.)**

CE132.R6	Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2004-2005 .....	106
CE132.R7	Mantenimiento de los programas de vacunación.....	109
CE132.R8	Informe del Jurado del Premio OPS en Administración, 2003.....	112
CE132.R9	Organizaciones no gubernamentales en relaciones oficiales con la OPS .....	112
CE132.R10	Orden del día provisional del 44.º Consejo Directivo de la OPS, 55.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.....	113

### **Decisiones.....** 114

CE132(D1)	Adopción del orden del día.....	114
CE132(D2)	Representación del Comité Ejecutivo en el 44.º Consejo Directivo, 55.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas .....	114
CE132(D3)	Informe de la 20.ª sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo.....	115

### **Anexos**

- Anexo A. Orden del día
- Anexo B. Lista de documentos
- Anexo C. Lista de participantes

## INFORME FINAL

### Apertura de la sesión

1. La 132.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo se celebró en la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) del 23 al 26 de junio de 2003. La sesión contó con la presencia de los delegados de los siguientes ocho Miembros del Comité Ejecutivo: Dominica, Estados Unidos de América, Honduras, Jamaica, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay. No estuvo representado El Salvador, el noveno Miembro. Estuvieron presentes en calidad de observadores los delegados de los siguientes Estados Miembros y Asociados de la Organización: Argentina, Canadá, Francia, Granada, México y Puerto Rico. Además, estuvieron representadas una organización intergubernamental y seis organizaciones no gubernamentales.

2. El Dr. Fernando Carbone Campoverde (Perú, Presidente del Comité Ejecutivo) inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes, observando que el Comité se reunía en un clima de desasosiego social y considerable impaciencia de los pueblos americanos, especialmente los más afectados por la pobreza, cansados de esperar que les llegasen los beneficios del desarrollo. Eso se aplicaba a todas las áreas del desarrollo, pero era especialmente cierto en materia de salud. Eran muchas las personas, entre las que él se contaba, que consideraban que el sector de la salud podría abrir camino en llevar el desarrollo a todos y fomentar la justicia y la igualdad de oportunidades. Al mismo tiempo, los ministros de salud de toda la Región de las Américas esperaban mucho de la OPS y de su liderazgo para promover el desarrollo de sus países. Por ello, la 132.<sup>a</sup> sesión sería muy importante, pues se esperaba que los Estados Miembros colaborasen para formar una Organización más fuerte y más capaz de atender a sus poblaciones.

3. La Dra. Mirta Roses, Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana, también dio la bienvenida a los participantes. Señaló que varios sucesos de gran importancia habían tenido lugar en la vida de la Organización desde que había asumido el cargo en febrero de 2003. A nivel mundial, la Asamblea Mundial de la Salud había elegido en mayo a un nuevo Director General para la Organización Mundial de la Salud (OMS) y había adoptado varias nuevas e importantes resoluciones y orientaciones de política, como el Convenio Marco para el Control del Tabaco. A nivel regional, el Subcomité de Planificación y Programación y el Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo se habían reunido en marzo, y los ministros de salud, agricultura y ganadería del continente americano, en abril. El 7 de abril, Día Mundial de la Salud, la Organización había iniciado la primera Semana de Salud, y a comienzos de junio, la primera Semana de Vacunación de las Américas. También durante la primera semana de junio, 10 países latinoamericanos, con apoyo de la OPS, habían concluido con éxito la tercera ronda de negociaciones sobre antirretrovíricos a precios reducidos.

4. Todos esos acontecimientos constituían claras demostraciones del espíritu del panamericanismo de la Región y de la enorme capacidad de acción colectiva de los países. Pese a que había mucho que celebrar, quedaba mucho por hacer, como había señalado el Presidente. La Directora estaba segura de que el Comité daría muy valioso asesoramiento sobre cómo la Organización podía responder mejor a las expectativas de los pueblos americanos.

### **Asuntos relativos al reglamento**

#### ***Mesa Directiva***

5. Los Miembros que habían sido elegidos para desempeñar un cargo en la 131.<sup>a</sup> sesión del Comité siguieron desempeñándolo en la 132.<sup>a</sup> sesión.

*Presidencia:* Perú (Dr. Fernando Carbone Campoverde)

*Vicepresidencia:* Jamaica (Hon. John Junor)

*Relatoría:* República Dominicana (Dr. José Rodríguez Soldevila)

6. La Directora fue Secretaria *ex officio*, y el Dr. David Brandling-Bennett, Director Adjunto de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), actuó como Secretario Técnico.

#### ***Adopción del orden del día y del programa de reuniones (documentos CE132/1, Rev. 2, y CE132/WP/1, Rev. 1)***

7. De conformidad con el Artículo 9 del Reglamento Interno, el Comité adoptó el orden del día provisional preparado por la Oficina. El Comité también adoptó el programa de reuniones (decisión CE132[D1]).

#### ***Representación del Comité Ejecutivo en el 44.º Consejo Directivo, 55.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE132/3)***

8. De conformidad con el artículo 54 del Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo nombró a Perú y Jamaica, titulares de la Presidencia y la Vicepresidencia, respectivamente, para representar al Comité en el 44.º Consejo Directivo. Se designó a Honduras y Paraguay como suplentes de Perú y de Jamaica, respectivamente (decisión CE132[D2]).

***Orden del día provisional del 44.º Consejo Directivo, 55.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE132/4, Rev. 1)***

9. El Dr. Brandling-Bennett, Director Adjunto de la OSP, presentó el orden del día provisional preparado por la Directora en conformidad con el artículo 14.B de la Constitución de la OPS y el artículo 7 del Reglamento Interno del Consejo Directivo. Señaló que México había solicitado que se añadiese al programa un punto titulado “Una OPS para el siglo XXI”. Paraguay había solicitado la inclusión de un punto sobre la erradicación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita en las Américas. La inclusión de este último punto era compatible con la resolución aprobada por el Comité Ejecutivo sobre mantenimiento de los programas de vacunación (resolución CE132.R7). Paraguay también había solicitado que el Consejo Directivo examinara una política de prevención y control del dengue. La Oficina haría las modificaciones apropiadas y presentaría el programa revisado, en conformidad con los Artículos 9 y 10 del Reglamento Interno del Consejo.

10. El Delegado de México dijo que, en respuesta a una solicitud del Presidente del Comité Ejecutivo, su gobierno había distribuido un documento titulado “Una OPS para el siglo XXI”. México pedía que el documento se incluyera como uno de los documentos de trabajo del Consejo Directivo. El Delegado de Perú, en nombre del Ministro de Salud de su país, que había presentado la solicitud, dio las gracias a México por presentar el documento, que ayudaría a orientar el debate sobre la visión de los Estados Miembros para la OPS del siglo XXI.

11. El Delegado de Paraguay dijo que su gobierno había solicitado la inclusión de un punto sobre el dengue por considerar que se necesitaba urgentemente una política sobre su prevención y control. El dengue era una gran fuente de inquietud para los países de toda la Región, y se necesitaba una acción decisiva para controlar y, si fuera posible, erradicar la enfermedad.

12. El Presidente señaló que, aunque todos los puntos del orden del día eran indudablemente importantes, había que tener presente que el Consejo disponía de tiempo limitado, por lo que podría ser necesario postergar el estudio de ciertos puntos. La Directora dijo que, en conformidad con el Reglamento Interno del Consejo, todos los puntos propuestos por los Estados Miembros se incluirían en el orden del día provisional revisado, que se distribuiría antes del 44.º Consejo Directivo. Luego correspondería a los Estados Miembros establecer el orden del día definitivo en la primera reunión del Consejo.

13. El Comité aprobó la resolución CE132.R10, por la cual se aprueba el orden del día provisional, con las modificaciones propuestas.

## **Asuntos relativos a los comités y subcomités**

### ***Informe sobre la 37.<sup>a</sup> sesión del Subcomité de Planificación y Programación (documento CE132/5)***

14. El informe sobre la 37.<sup>a</sup> sesión del Subcomité de Planificación y Programación (SPP) fue presentado por el Sr. Herbert Sabaroche, en representación del Gobierno de Dominica, que había sido elegido para ocupar la Presidencia del Subcomité en la 37.<sup>a</sup> sesión. Comunicó al Comité que la 37.<sup>a</sup> sesión se había celebrado en la sede de la OPS los días 26 y 27 de marzo de 2003. Había contado con la asistencia de los siguientes Miembros del Subcomité elegidos por el Comité Ejecutivo o designados por la Directora de la Oficina: Canadá, Cuba, Dominica, El Salvador, Estados Unidos de América, Honduras, Perú y Uruguay. También estuvieron presentes observadores por Argentina, Bolivia, Francia, Guatemala, México y Panamá.

15. El Subcomité había tratado los siguientes temas: Orientaciones de política para la Organización Panamericana de la Salud y reorganización de la Oficina Sanitaria Panamericana para la ejecución del plan estratégico 2003—2007; proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2004-2005; globalización y salud; la familia y la salud; monitoreo de la reducción de la morbilidad y la mortalidad maternas; obesidad, alimentación y actividad física; pandemia de influenza: preparativos en el continente americano; y grupo étnico y salud.

16. Como todos estos temas iban también a ser tratados por el Comité Ejecutivo en la 132.<sup>a</sup> sesión, comunicaría las observaciones del Subcomité cuando el Comité abordase cada uno de ellos. Los resúmenes de las ponencias y los debates sobre todos los temas antedichos podían consultarse en el informe final de la 37.<sup>a</sup> sesión del Subcomité (documento SPP37/FR).

### ***Informe de la 20.<sup>a</sup> sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo (CE132/6, Rev. 1)***

17. El informe del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo fue presentado por la Sra. Patricia Hoes, en representación del Gobierno de Canadá, elegido para la Relatoría en la 20.<sup>a</sup> sesión del Subcomité. Comunicó al Comité que la sesión se había celebrado en la sede de la OPS los días 25 y 26 de marzo de 2003. Había contado con la asistencia de los siguientes Miembros del Subcomité elegidos por el Comité Ejecutivo o designados por la Directora de la Oficina de conformidad con el mandato del Subcomité: Canadá, Chile, Costa Rica, Dominica, Estados Unidos, México y Paraguay. Los representantes de Bolivia, Cuba, Honduras y Perú habían asistido como observadores. También habían estado representadas una organización intergubernamental y una



organización no gubernamental. Además de Canadá, el Subcomité había elegido a Costa Rica (Presidencia) y a Paraguay (Vicepresidencia).

18. El objetivo de la sesión había sido examinar el progreso en la aplicación del análisis de género en la Oficina y en los Estados Miembros. En sus deliberaciones, el Subcomité había hecho especial hincapié en el intercambio de información y en la participación ciudadana en el monitoreo de la salud, de las políticas sanitarias y de los resultados de salud. Entre las ponencias de la sesión habían figurado un informe sobre las actividades de la Unidad de Género y Salud de la OPS (antiguo Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo), informes sobre la aplicación de la perspectiva de género en varias iniciativas de la OPS y descripciones de las experiencias de los países en materia de monitoreo y de análisis de las políticas sanitarias desde el punto de vista del género. El consenso general tras los debates del Subcomité fue que, si bien se habían logrado extraordinarios avances en los Estados Miembros, en la Oficina y en toda la OPS, era preciso fortalecer la capacidad de análisis en función del género.

19. El Subcomité había formulado nueve recomendaciones, cuatro dirigidas a los Estados Miembros y cinco a la Directora, para reforzar el análisis en función del género, el monitoreo, los enfoques intersectoriales, la participación de la sociedad civil y la rendición de cuentas. Las recomendaciones del Subcomité habían quedado plasmadas, junto con una relación completa de las deliberaciones, en el informe final de la 20.<sup>a</sup> sesión (documento MSD20/FR).

20. El Comité Ejecutivo consideró que el Subcomité había formulado un conjunto razonable de recomendaciones que serían útiles tanto para la Oficina como para los Estados Miembros en sus esfuerzos por incorporar la perspectiva de género y mejorar el monitoreo y el análisis de las políticas sanitarias. El Delegado de Jamaica comunicó que la Secretaría de la Comunidad del Caribe había puesto en marcha un proceso de integración de la perspectiva de género en los últimos cuatro o cinco años, y dijo que sería útil que la OPS se informara más sobre esa iniciativa. Otros delegados destacaron el problema de la violencia de género y expresaron la esperanza de que la Unidad de Género y Salud seguiría apoyando a los países en su búsqueda de soluciones al problema. El Delegado de Perú señaló que su país había incorporado la prevención de la violencia de género en el sistema de educación, comenzando en la primaria, como parte de un esfuerzo más amplio para promover el respeto de los derechos de los hombres y las mujeres y la igualdad de oportunidades.

21. La Representante de la Unión Latinoamericana contra las Enfermedades de Transmisión Sexual (ULACETS) insistió en la dimensión de género de las infecciones de transmisión sexual (ITS). Aunque se creía que estas no discriminaban, en realidad sí lo hacían, pues lo más probable es que afectasen a las poblaciones pobres y vulnerables, en particular a las mujeres. Actualmente, en las Américas, las mujeres se veían más

afectadas por las ITS que los hombres. También anunció que “el género y las infecciones de transmisión sexual” sería uno de los temas centrales del congreso mundial sobre ITS/SIDA, que se celebraría en diciembre de 2003, en Punta del Este (Uruguay).

22. La Sra. Hoes dio las gracias al Comité por sus observaciones y por apoyar las recomendaciones.

23. La Dra. Marijke Velzeboer-Salcedo (Jefa de la Unidad de Género y Salud, OPS) también agradeció al Comité su apoyo y expresó su agradecimiento al Subcomité por su intenso trabajo en la 20.<sup>a</sup> sesión. La Unidad de Género y Salud conocía el excelente trabajo en marcha en el Caribe en el ámbito de la integración de la perspectiva de género y la capacitación al respecto, y se proponía tomarlo como modelo para su propio trabajo en el futuro. La Unidad estaba también utilizando el modelo peruano de prevención de la violencia de género para promover en otros países los esfuerzos de prevención basados en la escuela. Perú y Belice se encontraban entre los primeros países en haber incorporado la prevención de la violencia en sus sistemas educativos. Perú tenía asimismo un comité multisectorial que se había movilizó para promover políticas y legislación sobre la violencia de género contra la mujer. Otros países, en particular México, también habían logrado notables avances al respecto. Por supuesto, la Unidad de Género y Salud seguiría apoyando esos esfuerzos.

24. Por lo que respecta a la cuestión del género y las ITS, le complacía comunicar que la Unidad de Género y Salud y la Unidad de Infección por el VIH/SIDA habían elaborado un documento de interés común sobre las inequidades y los comportamientos de género que hacían que las mujeres tuvieran más riesgo de contraer el SIDA y otras ITS. También habían preparado una hoja informativa y una presentación de PowerPoint en inglés y en español para la promoción de la causa por las contrapartes en los países. Dijo además que la OPS formaba parte del grupo de estudio de las Naciones Unidas sobre género y SIDA, que estaba preparando un conjunto de hojas informativas que deberían estar listas para distribución a principios de 2004.

25. El Comité Ejecutivo refrendó las recomendaciones presentadas por la 20.<sup>a</sup> sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, agradeció a la Sra. Hoes su informe y al Subcomité su trabajo (decisión CE130[D3]).

***Informe del Jurado del Premio OPS en Administración, 2003 (documentos CE132/7 y CE132/7, Add. I)***

26. El Dr. Elías Lizardo Zelaya (Honduras) comunicó que el Jurado del Premio OPS en Administración, 2003, se había reunido el miércoles, 25 de junio de 2003. El Jurado se componía, en principio, de Dominica, El Salvador y Uruguay, pero Honduras había

sustituido a El Salvador, que no había podido enviar a un representante a la 132.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo.

27. Tras estudiar la documentación de los candidatos nombrados por los Estados Miembros, el Jurado había decidido otorgar el premio al Sr. Roy J. Romanow, de Canadá, por su gran contribución al desarrollo del sistema de salud en su país, en particular creando la Comisión de Derechos Humanos de Saskatchewan y liderando la Comisión del Futuro de la Atención de Salud en Canadá.

28. La Delegada de Canadá expresó el agradecimiento de su país al Jurado por haber otorgado el premio al Sr. Romanow; era un gran honor, sobre todo por el gran nivel de todos los demás candidatos. Con su trabajo en la Comisión del Futuro de la Atención de Salud en Canadá, el Sr. Romanow había desempeñado una función central a favor de la sostenibilidad del sistema, lo que le hacía claramente acreedor al premio.

29. El Comité aprobó la resolución CE132.R8.

***Informe del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales (documentos CE132/8 y CE132/8, Add. I)***

30. El Dr. Barrington Wint (Jamaica) comunicó que el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales, compuesto por los representantes de Estados Unidos de América, Jamaica y Perú, se había reunido el martes, 24 de junio de 2003, a estudiar un documento de antecedentes preparado por la Oficina sobre dos ONG cuya condición de organizaciones que mantienen relaciones oficiales con la OPS debía revisarse. Se trataba de la Organización Internacional de Asociaciones de Consumidores (CI-ROLAC) y de la Unión Latinoamericana contra las Enfermedades de Transmisión Sexual (ULACETS).

31. Tras un cuidadoso estudio del documento de antecedentes, el Comité Permanente había decidido recomendar al Comité Ejecutivo que, en vista de que las actividades de colaboración propuestas entre la OPS y las dos ONG no se habían realizado o no se habían ejecutado plenamente, autorizase la continuación de las relaciones oficiales con CI-ROLAC y con ULACETS por un período de un año, en el cual se esperaba fueran ultimadas dichas actividades. El Comité Permanente volvería a estudiar las relaciones con ambas ONG en su reunión de junio de 2004. El Comité Permanente también consideró necesario elaborar criterios más precisos para examinar la colaboración con las ONG, por lo que solicitaba al Comité Ejecutivo que pidiera a la Directora que elaborase un protocolo para evaluar el desempeño de las ONG, que debería ser sometido a la consideración del Comité Ejecutivo en su próxima sesión, en septiembre de 2003.

32. El Comité aprobó la resolución CE132.R9, que contiene ambas recomendaciones del Comité Permanente.

### **Asuntos relativos a la política de los programas**

#### ***Estrategia de gestión para el trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana durante el período 2003-2007 (Documento CE132/9)***

33. La Directora describió los puntos principales de la estrategia de gestión presentada en el documento CE132/9, señalando que la estrategia se había revisado desde la 37.<sup>a</sup> sesión del Subcomité de Planificación y Programación celebrada en marzo de 2003. Las revisiones reflejaban tanto las observaciones formuladas por el Subcomité como los retoques de la propia Oficina desde entonces. Recordó al Comité que la estrategia de gestión se había elaborado en respuesta a la resolución CSP26.R18 aprobada por la 26.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, que solicitaba a la Directora que presentara un análisis de las características actuales de la Organización y de las requeridas para la aplicación del Plan y que presentara al próximo Consejo Directivo propuestas que reflejaran el punto de vista de la Directora en cuanto al Plan y su ejecución. Luego se refirió a los grupos de población, zonas de cooperación técnica y países prioritarios y abordó la importancia de lograr los objetivos de salud pública para las Américas que habían surgido del análisis de las funciones esenciales de salud pública emprendido en los dos años últimos.

34. Continuó describiendo su visión para la Organización, que era la de un continente unido y comprometido con lograr el nivel más alto posible de salud para sus habitantes; de gobiernos que ejercían liderazgo y responsabilidad involucrando al conjunto de la sociedad en el esfuerzo por mejorar la salud de las personas; y de individuos, familias, comunidades e instituciones con los medios de buscar la justicia social promoviendo la salud y protegiendo la vida. Entre los ejemplos recientes de cómo la visión de un continente unido estaba realizándose figuraban la primera Semana de Vacunación de las Américas, en la cual los países de toda la Región se habían movilizado para vacunar a los niños, y la primera semana de Salud en las Américas, que había comenzado en el Día Mundial de la Salud, 7 de abril, y terminado en el Día de las Américas, 14 de abril. Para fomentar el segundo componente de la visión, entre otras actividades, la OPS había prestado apoyo a las reuniones subregionales de ministros de salud y había ayudado a los países a negociar para obtener antirretrovíricos y preparar propuestas eficaces que presentar al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Para empoderar a las comunidades, la Organización estaba procurando, entre otras cosas, promover la participación comunitaria con miras a alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio.

35. Como había dicho la funcionaria en otras ocasiones, la OPS aspiraba a ser un foro en el cual todos los países de las Américas pudieran encontrar respuesta a sus preocupaciones sanitarias; generadora de consenso y de asociaciones; defensora de la equidad, la protección social y el acceso a servicios de salud eficaces; defensora de un concepto integrado de la salud pública, recalcando los nexos entre la atención primaria, la promoción de la salud y la ciudadanía y los derechos humanos; y generadora, transmisora y depositaria de información sanitaria fidedigna, como los datos básicos en salud, que constituían una fuente cada vez más completa de información tanto en cada país como en las subregiones.

36. Basándose en la misión y la visión de la OPS aprobadas por los Estados Miembros como parte del Plan Estratégico, la Oficina había identificado los siguientes objetivos estratégicos para el cambio institucional: el foco central de la OPS sería el trabajo en los países y con los países; la Organización estaría en el centro de los debates de política sanitaria a escala mundial, regional y nacional; formaría capacidad a nivel local, nacional y subregional; crearía alianzas estratégicas con otros socios del desarrollo sanitario; aumentaría la formación de redes y se compartiría el conocimiento dentro de la Organización y entre esta y su entorno; se buscaría una relación más estrecha entre los procesos de planificación a todos los niveles: nacional, subregional, regional y mundial; uso eficaz de los fondos extrapresupuestarios, atendiendo a las prioridades establecidas por los Cuerpos Directivos; mayor integración programática y mejor gestión estratégica del trabajo de la Oficina; y aumento de la eficiencia, la transparencia y la productividad.

37. Una de las características clave de la estrategia de gestión era una nueva orientación de los programas regionales, que en el pasado se habían considerado competencia de la Oficina, mientras que en la nueva orientación serían iniciativas regionales que los Estados Miembros habían aceptado llevar a cabo conjuntamente, con apoyo de la Oficina y de otros socios nacionales e internacionales, para alcanzar las metas establecidas por consenso entre los propios países. Un ejemplo de un problema de salud pública que muchos ministros de salud consideraron que debía ser objeto de tal esfuerzo regional era la sífilis congénita. Por ello, la Oficina había encargado un estudio para determinar la factibilidad de iniciar un programa regional encaminado a eliminar la enfermedad. Sin embargo, el programa no sería uno de los programas regionales de la OPS, sino un programa encabezado colectivamente por los países americanos, en el cual la Oficina y otros socios colaborarían para la realización de actividades y para lograr la repercusión deseada.

38. Otro aspecto muy importante de la estrategia era concentrarse más en los países, en línea con la iniciativa de atención centrada en los países de la OMS. Una nueva Unidad de Apoyo a los Países, integrada en la Oficina del Director, supervisaría la aplicación de un enfoque mucho más estratégico e integrado de la cooperación con los países, del que formarían parte la elaboración de estrategias a medio plazo de cooperación con los países y la creación de grupos de estudio para contribuir a la

planificación, la ejecución y el monitoreo de la cooperación técnica adaptada a la situación y las necesidades de cada país. La Oficina estaba también adaptando el enfoque centrado en los países para emplearlo a nivel subregional. En ese sentido, la oradora dijo que le complacía anunciar que la Oficina estaba elaborando un método para analizar las necesidades de cooperación de los países del Caribe Oriental, que le permitiría mejorar tanto el apoyo a los Estados Miembros de esa subregión como su coordinación con la Secretaría de la Organización de Estados del Caribe Oriental (OECS).

39. Otras características de la estrategia de gestión incluían un compromiso continuo con el panamericanismo y la cooperación técnica entre países; la gestión estratégica de los recursos, incluidas una nueva estructura simplificada de presupuestación compatible con la nueva estructura orgánica y la vinculación de los resultados esperados de la Oficina con los resultados esperados mundiales de la OMS y con los objetivos del Plan Estratégico; y nuevos métodos de trabajo, haciendo hincapié en el trabajo en equipo y la mayor participación del personal y demás expertos mediante grupos de trabajo y de estudio. En el documento CE132/9 se describían los pasos dados y los que se darían para que la OPS estuviese en posición de afrontar los retos del siglo XXI y pudiera funcionar como un equipo en pos de un objetivo: mejorar la salud de las poblaciones americanas.

40. El Presidente del Subcomité de Planificación y Programación comunicó que el SPP había tratado la estrategia de gestión para 2003-2007 en el anterior mes de marzo. El Subcomité había considerado esencial que la OPS respondiera a las necesidades cambiantes, y que la estructura orgánica más sencilla introducida por la Directora le permitiría la flexibilidad necesaria para hacerlo con eficacia. Los delegados también habían apreciado el carácter transparente y englobador del proceso de reestructuración y habían encomiado a la Directora por ser receptiva a las observaciones y sugerencias de los Estados Miembros. El Subcomité había señalado que cualquier proceso de cambio iba inevitablemente acompañado de incertidumbre y había alentado a la Oficina a finalizar el proceso de reestructuración institucional lo antes posible, ya que esa incertidumbre podría menguar la capacidad de la Organización de responder a los problemas urgentes de la Región. El SPP también había instado a la Oficina a que elaborara indicadores para vigilar la repercusión de los cambios institucionales y, especialmente, del mayor énfasis en la integración programática y la colaboración entre las distintas áreas de trabajo.

41. El Comité Ejecutivo consideró que la estrategia de gestión reflejaba una buena comprensión de los temas prioritarios y los retos que afrontaban los países. Sus miembros expresaron el apoyo decidido a la visión de la Organización como fuerza unificadora y foro de salud en el cual todos los países americanos podían expresar sus inquietudes y participar en pie de igualdad. Recibieron con beneplácito la estrategia centrada en los países y su énfasis en un enfoque de equipo y en compartir el conocimiento dentro de la Organización y entre esta y su entorno. También se aplaudió su reconocimiento del nexo entre la salud y otros temas sociales, como la ciudadanía, los derechos humanos y la

justicia social, y la importancia que se daba al empoderamiento de las personas para que asuman la responsabilidad de su propia salud. A este respecto, se recalcó la importancia de la educación para crear una cultura de la salud.

42. El Comité elogió los esfuerzos de la Oficina por centrarse en un número limitado de prioridades, lograr mayor eficiencia y eficacia y hacer uso óptimo de sus recursos humanos y financieros. Los delegados reiteraron la necesidad de contar con indicadores para medir la repercusión de esos esfuerzos. Se señaló que la OPS podía dar un ejemplo valioso —no solo para los Estados Miembros sino también para otras oficinas regionales de la OMS— fomentando una cultura institucional que recalque la transparencia, maximice la eficiencia programática, reduzca al mínimo la burocracia administrativa, simplifique los procesos y haga el mejor uso posible de la tecnología. Se pidieron aclaraciones sobre algunos aspectos de la estrategia de gestión. En particular, se pidió a la Directora que explicara por qué la unidad de Presupuesto por Programas y la unidad de Gestión e Informes Financieros se encontraban en dos áreas diferentes de trabajo de la estructura orgánica. También se pidió un complemento de información sobre el grupo de trabajo de política presupuestaria regional, el enfoque de trabajo en equipo y el recurso a expertos internos y externos, mencionados en el documento y en la ponencia de la Directora.

43. El Delegado de Dominica recibió con beneplácito el anuncio de la Directora con respecto a la cooperación subregional con los países del Caribe Oriental. En una reunión anterior en junio, los ministros de salud de la OECS habían tratado precisamente las ventajas de tal enfoque descentralizado de la cooperación técnica y le habían dado el mandato de invitar a la Directora y su equipo a reunirse con ellos para estudiar directamente las dificultades que afrontaban y tratar sobre posibles soluciones con ayuda de la OPS. Entre los temas de especial interés para los Estados Miembros de OECS, que los ministros de salud esperaban se abordasen en un plan de cooperación técnica subregional, figuraban la inocuidad de los alimentos y la salud ambiental, la infección por el VIH/SIDA y la adquisición de antirretrovíricos, y cómo satisfacer las necesidades sanitarias de los pobres y los desempleados.

44. Al igual que el SPP, el Comité Ejecutivo encomió a la Directora por la transparencia de su gestión y por sus esfuerzos para escuchar e implicar a los Estados Miembros al configurar la visión para la OPS del siglo XXI. Los delegados consideraron que los países debían ser participantes activos en ese proceso, por ser tanto beneficiarios como socios de las actividades de la Organización y por ser quienes proporcionaban los recursos para el trabajo de esta. El Presidente, en su calidad de Delegado de Perú, comentó que a las organizaciones internacionales les preocupaba cada vez más que sus programas reflejasen los intereses comunes y los mandatos de sus Estados Miembros, lo cual era claramente el caso de la OPS. Consideró que los países —con apoyo, en su caso, de la Oficina— debían emprender un proceso permanente de reflexión sobre la

naturaleza, las finalidades y los objetivos de la Organización a corto, medio y largo plazo. Un posible foro para esa reflexión colectiva serían las reuniones de ministros de salud que tienen lugar periódicamente en cada subregión. Observando que todas las subregiones estaban representadas en la 132.<sup>a</sup> sesión, propuso que los delegados velaran por consagrar algo de tiempo en sus próximas reuniones subregionales para hablar del trabajo y el futuro de la OPS. Luego podrían designarse representantes de los diversos grupos subregionales para comunicar a los Cuerpos Directivos de la OPS el resultado de esos debates.

45. El Comité Ejecutivo estuvo de acuerdo con esa propuesta. El Delegado de Paraguay propuso invitar a los presidentes de las reuniones subregionales de ministros de salud a la próxima sesión del Subcomité de Planificación y Programación como portavoces de sus respectivas subregiones. Otros delegados opinaron que también hacía falta tiempo para reflexionar al respecto en el 44.<sup>o</sup> Consejo Directivo de septiembre. Los representantes de varias organizaciones no gubernamentales expresaron la esperanza de poder participar en el proceso de reflexión, como socios de la Organización y de los países, en su esfuerzo por mejorar las condiciones de salud de la Región. Se sugirió que uno de los temas por tratar fueran los retos que la globalización planteaba a la salud pública, en particular la transmisión transfronteriza de enfermedades como el síndrome respiratorio agudo grave (SARG) y la respuesta de la Organización y sus Estados Miembros a los mismos. También se señaló que había que aprovechar la próxima Cumbre intermedia de las Américas para subrayar inquietudes de salud pública.

46. La Directora opinó que sería muy útil celebrar una serie de consultas subregionales sobre las funciones y el trabajo de la Organización. Como la OPS asumía la función de secretaria de todas las reuniones subregionales de ministros de salud, sin duda podría facilitar el proceso. A muchas de esas reuniones también iban representantes de organizaciones de la sociedad civil y de organismos bilaterales y multilaterales, de manera que sería posible obtener muy diversos criterios. La Oficina formularía una propuesta en el plazo de 30 días para incorporar esos debates al programa de las diversas reuniones subregionales, empezando por la Reunión Especial del Sector Salud de Centroamérica (RESSCA), que debería celebrarse en agosto de 2003. Las atribuciones del SPP daban a la Directora cierta latitud para invitar a los países a participar en las sesiones del Subcomité, lo que haría posible que los presidentes de todos los grupos subregionales estuvieran presentes para comunicar las recomendaciones de sus reuniones. La Oficina también exploraría la posibilidad de organizar grupos de discusión durante el Consejo Directivo para ampliar el proceso de reflexión sobre lo que los Estados Miembros esperaban de la OPS del siglo XXI.

47. Respondiendo a las preguntas del Comité, la Directora explicó que se estaban estudiando varios enfoques del trabajo en equipo. Uno era convocar grupos de estudio



para coordinar la cooperación técnica con cada país. Esos grupos procuraban no sólo aplicar un enfoque integrado de la cooperación técnica de la OPS con los países, sino complementar la cooperación de otras organizaciones. En algunos países, los equipos comprendían personal de la OPS en los países vecinos. Por ejemplo, en Haití y Guyana se había recurrido a la República Dominicana y Suriname, respectivamente. Otro enfoque era la formación de grupos para finalidades específicas —como apoyar las negociaciones sobre antirretrovíricos— con personal de varias áreas de trabajo, cuyo objetivo era aprovechar al máximo la pericia existente en la Organización para hacer el uso óptimo de los recursos humanos y financieros disponibles.

48. Además de promover el enfoque de equipo, la Oficina estaba explorando la opción de destinar específicamente fondos de presupuestos futuros para actividades compartidas. Los recursos se asignarían a varias unidades, que podrían usarlos sólo para iniciativas conjuntas, lo que proporcionaría un incentivo adicional para el trabajo en equipo. Ese sería uno de los temas a tratar por el grupo de trabajo sobre política presupuestaria.

49. Con respecto al grupo de trabajo, recordó que el SPP, en su 34.<sup>a</sup> sesión, había recomendado revisar la política presupuestaria de la Organización al introducir las nuevas orientaciones estratégicas y programáticas. Dicha revisión se llevaría a cabo durante los restantes seis meses del año y el grupo constaría de funcionarios de la OPS y expertos de política presupuestaria de los países.

50. En lo tocante a la ubicación de la Unidad de Presupuesto en la estructura orgánica, como ya había dicho al SPP, había diferentes puntos de vista sobre la relación entre el presupuesto, la programación y la gestión financiera. Durante el último decenio, las unidades de presupuesto y de finanzas habían formado parte de la Oficina de Administración. Sin embargo, en distintos momentos, los diversos directores habían aplicado diversos criterios. Algunos habían colocado la unidad de presupuesto directamente en sus oficinas, para que no estuviera asociada con la programación o la administración. Ella, junto con su equipo de gestión ejecutiva, había decidido que era preferible vincular más estrechamente el presupuesto con la planificación y la programación, pues consideraban el presupuesto un instrumento fundamental del programa. Por eso, la Unidad de Presupuesto formaba parte de la Oficina de Gestión de Programas, mientras la Unidad de Gestión e Informes Financieros lo hacía de la Oficina de Administración. No obstante, seguía habiendo gran coordinación entre ambas unidades. Esta nueva disposición había tenido mucho éxito por ahora —por ejemplo, la preparación del proyecto de presupuesto por programas que se iba a someter a la consideración del Comité se había desarrollado muy fluidamente—, pero la Oficina seguiría vigilando el efecto de ese y de todos los demás cambios de la estructura orgánica y haría cualquier ajuste necesario si surgían problemas.

51. En cuanto al recurso a expertos, dijo que una fuente de pericia sería la Dependencia Común de Inspección (DCI) del sistema de las Naciones Unidas. Los inspectores expertos de la DCI realizarían un examen de la gestión, estudiando especialmente los temas prioritarios determinados por la Oficina. Los inspectores de la DCI tenían gran experiencia con diferentes sistemas de gestión de las organizaciones de las Naciones Unidas, y sin duda tendrían útiles consejos que dar en cuanto a las maneras de mejorar la gestión y el uso de la tecnología de la información, los recursos humanos y procedimientos de trabajo más eficientes y simplificados. Además la Oficina Sanitaria Panamericana, por ser Oficina Regional de la OMS, podría aprovechar los servicios de la DCI en forma gratuita. Otra fuente de pericia serían los gobiernos miembros, como en el caso del grupo de trabajo de política presupuestaria. Una tercera posibilidad era la Junta Directiva de la Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF), cuyos miembros aportaban gran experiencia; algunos de ellos ya habían ofrecido proporcionar asesoramiento gratuito. Las universidades y los centros de excelencia eran otra fuente de pericia en temas específicos técnicos y de gestión.

52. En respuesta al Delegado de Dominica, la Directora dijo que la OPS enviaría una misión técnica integrada para reunirse con los ministros de salud del Caribe Oriental; también tenía previsto reunirse con ellos en ocasión del Consejo Directivo.

53. Por último, la Directora dijo que se complacía en anunciar que, tras consultar con los nueve miembros del Comité Ejecutivo, había decidido nombrar Director Adjunto al Dr. Joxel García y Subdirectora a la Dra. Carissa Etienne, que se incorporarían a sus funciones, respectivamente, el 1 de agosto y el 3 de julio de 2003. Deseaba transmitir su gratitud, personalmente y en nombre de toda la Organización, al Dr. David Brandling-Bennett, que durante los últimos meses había asumido las responsabilidades de ambos cargos. El Dr. Brandling-Bennett había ocupado numerosos puestos durante sus 14 años en la OPS, y había realizado un trabajo excelente en todos ellos. Quizá uno de sus cometidos más importantes y visibles había sido el de Secretario Técnico de los Cuerpos Directivos. El buen funcionamiento de las reuniones de los Cuerpos Directivos se debía en gran parte a sus esfuerzos. Aunque el Dr. Brandling-Bennett iba a dejar la OPS, seguiría contribuyendo con su conocimiento y aptitudes al progreso de la salud pública, en su nuevo puesto de la Fundación Bill y Melinda Gates.

54. El Comité Ejecutivo expresó su agradecimiento al Dr. Brandling-Bennett por sus años de servicio a la Organización y le deseó lo mejor en su nuevo puesto.

55. El Comité estuvo de acuerdo en fomentar discusiones sobre el futuro de la OPS en las diferentes reuniones ministeriales subregionales, como había propuesto el Delegado del Perú. Se pidió a los delegados que tomaran las medidas necesarias para que el tema formara parte del orden del día de las reuniones de los ministros de salud en sus subregiones respectivas y para que designaran un representante que sintetizase y

comunicase las sugerencias de dichas reuniones. Se pidió a la Oficina que facilitara el proceso de consulta y velase por que los representantes de las diversas reuniones subregionales participaran en la próxima sesión del Subcomité de Planificación y Programación. El Presidente señaló que el Secretario de Salud de México había distribuido informalmente un documento sobre el futuro de la OPS e invitó a la delegación de dicho país a que compartiera el documento con todos los participantes, pues podía ser útil para las deliberaciones sobre este tema.

***Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2004-2005 (documento oficial 307 y documento oficial 307, Add. I)***

56. El Dr. Daniel López Acuña (Director de Gestión de Programas, OPS) presentó el proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio económico 2004-2005. Explicó que entre los mandatos de planificación para la preparación del presupuesto se contaban los de los Órganos Deliberantes de la OMS y los Cuerpos Directivos de la OPS, la estrategia institucional de la OMS, los marcos de política mundial de la OMS y regional de la OPS, el Plan Estratégico 2003-2007 de la Oficina, los objetivos de desarrollo del milenio y los resultados de las evaluaciones de la contribución de la OPS al logro de los resultados mundiales esperados de la OMS y del presupuesto por programas 2000-2001.

57. La estructura del nuevo presupuesto por programas se apoyaba en las bases conceptuales pertinentes para el trabajo de la OPS y se armonizaban más estrechamente con la estructura del presupuesto por programas de la OMS. Constaba de áreas de trabajo, y no de una lista clasificada de programas, agrupadas en un nuevo conjunto de secciones presupuestarias, que eran: dirección ejecutiva (3,6% del presupuesto OPS/OMS); gobernanza y asociaciones (4,9%); apoyo a los programas de país (17,5%); acción intersectorial y desarrollo sostenible (13,8%); información y tecnología sanitarias (14,5%); acceso universal a los servicios de salud (13,4%); control de las enfermedades y gestión de riesgos (12,9%); salud familiar y comunitaria (8,5%); y apoyo administrativo (10,9%). Estas nuevas áreas de trabajo permitían agrupar más integralmente las actividades de los programas; se habían simplificado (su número se había reducido de 65 a 42) y se habían armonizado con las de la OMS. Los recursos se habían orientado hacia los programas prioritarios (infección por el VIH/SIDA, control del tabaco, tuberculosis y enfermedades emergentes, y acción humanitaria urgente), con especial hincapié en proteger y mantener el nivel actual de financiamiento a los cinco países considerados prioritarios en el Plan Estratégico (Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua). Esa reorientación había sido posible, sobre todo, gracias a un esfuerzo por disminuir la estructura de gestión y reducir los gastos de administración lo más posible.

58. La propuesta inicial del presupuesto 2004-2005 de la OPS/OMS se había basado en el presupuesto aprobado para el bienio 2002-2003 de \$261.482.000, al cual sólo se había agregado el incremento obligatorio de costos de personal y del seguro de salud de los jubilados, ambos establecidos por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Esos aumentos habían llevado la propuesta inicial total a \$264.773.000. Cuando el proyecto inicial se presentó al SPP en marzo, se había previsto que la contribución de la OMS al presupuesto de la OPS fuese de \$75.399.000, como se había propuesto en la reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS en enero. Sin embargo, diversas resoluciones con incidencia presupuestaria adoptadas por la 56.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud en mayo habían dado lugar a una reducción neta de \$2.169.000 de esa cantidad, convirtiendo la contribución total de la OMS en \$73.230.000. En consecuencia, el proyecto de presupuesto final de la OPS/OMS para 2004-2005 era de \$262.604.000. Esto representaba un aumento de 0,4% sobre el importe de 2002-2003, por lo que era el más pequeño de la historia de la OPS. La Oficina, deliberadamente, no había mantenido el aumento inicialmente propuesto de 1,3%, para evitar incrementar la carga sobre las cuotas de los Estados Miembros.

59. Como la resolución WHA51.31 de la Asamblea de la Salud había cambiado la distribución de los recursos entre las regiones, el nivel de financiamiento que la OPS recibía de la OMS había venido disminuyendo permanentemente. Eso conllevaba la necesidad de financiar una mayor porción del presupuesto mediante las cuotas de los Estados Miembros de la OPS. El tema de la reasignación de los recursos a las diferentes regiones de la OMS sería tratado por el Consejo Directivo en septiembre, sobre la base de un documento preparado por la OMS acerca de la reasignación en el que se evaluarían los efectos en las distintas regiones.

60. También se preveía una disminución de \$3 millones en concepto de ingresos varios respecto del bienio anterior, por la baja de las tasas de interés en todo el mundo, y en América del Norte en particular. La insuficiencia de los ingresos varios y la necesidad de compensar la reducción de la contribución de la OMS requeriría aumentar en 3,3% las cuotas de los Estados Miembros. Con todo, este aumento era muy moderado, especialmente si se comparaba con los aumentos promedios de los años setenta, ochenta y noventa, que habían ido de 14% a 24%.

61. Expresado en términos constantes, tras ajustar por los cambios del poder adquisitivo y la inflación, el presupuesto por programas se había mantenido sistemáticamente por debajo del nivel cero de crecimiento real desde 1986. Para 2004-2005 se encontraba un 21% por debajo de ese nivel. El número de puestos financiados por el presupuesto de la Organización también había bajado de forma sostenida, de 1.222 en 1980 a los 831 propuestos para 2004-2005 (dos menos que en 2002-2003).

62. El Presidente del Subcomité de Planificación y Programación comunicó que cuando el Subcomité había tratado la versión anterior del documento del presupuesto, en marzo de 2003, varios delegados habían expresado la esperanza de que el documento presentado al Comité Ejecutivo desglosara los recursos por región y por país, así como contuviera datos comparativos que permitieran a los Estados Miembros apreciar de qué manera los cambios de la estructura orgánica habían afectado a las asignaciones presupuestarias de las diversas áreas de trabajo. Los delegados también habían señalado la necesidad de disponer de más información sobre la manera en que el presupuesto contribuiría a lograr los objetivos de desarrollo del milenio, los objetivos de salud pública para las Américas y demás mandatos de la OPS y de la OMS.

63. El Subcomité había aplaudido el esfuerzo por alcanzar una mayor convergencia de las áreas trabajo de la OPS con las de la OMS. Al mismo tiempo, había recalcado la necesidad de integración y colaboración a través de esas áreas, especialmente en el ámbito de la salud familiar y comunitaria, que se consideraba crucial. También se había recalcado la importancia de forjar alianzas con otras instituciones nacionales e internacionales. Varios delegados habían expresado su inquietud por el aumento propuesto de las contribuciones, especialmente dada la dificultad que muchos Estados Miembros estaban teniendo para hacer frente a sus obligaciones actuales. Se había instado a todos los Estados Miembros a pagar sus cuotas de 2003 y a resolver posibles atrasos, pues ello aliviaría la situación financiera de la Organización, lo cual le permitiría, a su vez, cumplir sus compromisos con los países.

64. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el documento y la ponencia, señalando que el presente presupuesto era el primero diseñado para reflejar el Plan Estratégico para 2003-2007 y otros mandatos pertinentes de la Organización. Expresó también su satisfacción por los cambios introducidos en la propuesta para simplificar la clasificación de los programas y hacerlos más convergentes con las áreas de trabajo de la OMS. Los delegados consideraron que el formato del documento presupuestario y las explicaciones dadas facilitaban el análisis de los diversos temas presupuestarios, aunque también se apuntó que en algunas áreas sería útil tener más detalles, con un desglose por categorías de las cantidades fundamentales de gasto.

65. La Delegada de los Estados Unidos dijo que la reducción de la cantidad asignada a la OPS por la OMS reflejaba la dificultad de las opciones con que había tenido que enfrentarse la Asamblea Mundial de la Salud y la perspectiva mundial que los Estados Miembros habían considerado necesaria con relación al presupuesto de la OMS. Esas opciones también reflejaban las limitaciones económicas que afrontaban los países y que la OPS también tenía que considerar con relación a su propio presupuesto. Su gobierno propugnaba el crecimiento nominal cero del presupuesto total de la OPS, y consideraba que la Organización podía mantener los niveles de recursos existentes estableciendo otras prioridades programáticas, buscando ahorros y eficiencias internas y “apretándose el

cinturón”, teniendo presente que muchos países del continente así lo estaban haciendo y tenían cada vez más dificultades para pagar sus cuotas. Su delegación esperaba que la Oficina reconsiderase el nivel del presupuesto y presentase un nuevo proyecto al Consejo Directivo de septiembre.

66. También otros delegados consideraron que sería muy difícil que sus países aumentasen su contribución en las circunstancias económicas difíciles de ese momento. Se señaló que la OPS no disponía de un mecanismo como el de la OMS, por el que los países con dificultades de pago de una contribución mayor podían verse aliviados hasta dos bienios. En esas circunstancias, los delegados opinaron que sería difícil persuadir a las autoridades financieras de sus países de que aceptasen una cotización mayor e instaron a la Oficina a buscar una manera creativa de llevar a cabo las actividades prioritarias sin aumentar las cuotas.

67. Como estaba claro que había habido una redistribución significativa de recursos de unas áreas a otras, los delegados consideraron importante saber qué repercusión tendría en los programas el desplazamiento de los fondos. Se pidieron aclaraciones con respecto a varios cambios específicos de las asignaciones, en particular los aumentos para los cinco países prioritarios, que en algunos casos eran porcentualmente menores que los de otros países. Se pidió más información acerca de los \$500.000 destinados al Reglamento Sanitario Internacional y el SARS. La Dra. Roses fue cuestionada sobre si se tenía idea de cómo iba a funcionar el Programa del Director Regional para Actividades de Desarrollo, y se pidió a la Oficina que presentara informes periódicos al respecto a los Cuerpos Directivos.

68. Asimismo, se manifestaron inquietudes por la cifra prevista de \$13,5 millones en ingresos varios para 2004-2005, pues la cantidad disponible en el bienio en curso era poco más de \$10 millones, muy por debajo de los \$16,5 millones previstos. En la situación financiera del momento, se consideraba que la previsión de \$13,5 millones era demasiado optimista. También se observó que la OPS, en el bienio en curso, había recibido cerca de \$154 millones en recursos extrapresupuestarios, mientras que el proyecto de 2004-2005 preveía \$55 millones. Se deseaba saber cómo se habían hecho esos cálculos. Varios delegados opinaron que sería útil instalar un mecanismo de seguimiento del gasto efectivo, con respecto a las cantidades presupuestadas.

69. El Dr. López Acuña aseguró al Comité que sus sugerencias de refinar los indicadores y los resultados esperados y seguir simplificando la presentación de algunos de los programas se incorporarían al documento. Se habían introducido cambios entre la versión presentada al SPP y la presente, teniendo en cuenta la reorganización y la reasignación de recursos. Además, la presentación era más detallada, como había solicitado el SPP. Algunos aumentos o disminuciones entre un bienio y el siguiente sí correspondían a cambios reales en los programas, mientras que otros eran sencillamente

el resultado de cambios de los costos de personal en los respectivos lugares de destino. Contestando a una pregunta específica de uno de los delegados, explicó que las asignaciones del bienio pasado relacionadas con el liderazgo de salud pública y la infraestructura y la prestación de servicios de salud se habían clasificado ahora en el área de trabajo de apoyo al desarrollo sanitario nacional. En el caso de todos los países prioritarios se había mantenido el nivel existente de asignación, tras descontar los cambios del poder adquisitivo. En la medida de lo posible, se habían asignado más recursos a los programas para fortalecerlos y mantener la congruencia con las prioridades. Al revisar la presentación de presupuestos, la Oficina había tenido sumo cuidado en velar por la congruencia con esas prioridades y con los mandatos que había enumerado al comienzo de su exposición, en particular los objetivos de desarrollo del milenio.

70. La asignación total destinada al Reglamento Sanitario Internacional y al SARG en el presupuesto mundial de la OMS era de \$10 millones. A la Región de las Américas se le habían asignado sólo \$500.000, una asignación bastante baja en relación con la cantidad total destinada. En relación con los recursos extrapresupuestarios, el funcionario aclaró que, en aras de una gestión sólida y prudente, sólo se habían incluido en el documento del presupuesto las cantidades que la Organización estaba segura de recibir. Sin embargo, los recursos efectivamente movilizados por lo regular habían sido mayores de lo que indicaba el cálculo inicial en el presupuesto hasta el último bienio.

71. Por último, señaló que el total del presupuesto se había reducido en \$2,1 millones, lo que reflejaba la disminución de la contribución de la OMS. Si no se hubiera procedido a esa reducción, el aumento resultante de las cuotas habría sido de 4,8% y no de 3,3%. Si el presupuesto hubiera de reducirse más, los programas que la OPS se había comprometido a realizar se verían gravemente afectados.

72. La Directora dio las gracias a los delegados por sus observaciones, en particular las que habían destacado el gran esfuerzo por rediseñar totalmente el presupuesto. Ese esfuerzo había comenzado antes de la reunión del Subcomité de Planificación y Programación y había proseguido cuando el Subcomité había pedido más detalles en cuanto a los indicadores y los resultados esperados. Era consciente de que el cambio tan radical de la estructura del presupuesto, junto con la simplificación de 61 a 42 categorías, dificultaba las comparaciones históricas o discernir exactamente dónde se habían hecho reducciones y aumentos. Algunos de los cambios de las asignaciones, observados por los delegados, se debían simplemente a la reubicación de puestos entre áreas de la estructura presupuestaria. Cualquiera de esas reubicaciones producía una transferencia de recursos entre \$250.000 y \$300.000, muy significativa porcentualmente en relación con el presupuesto total de la OPS. Sin embargo, esos cambios no necesariamente reflejaban cambios en la parte presupuestaria no destinada a los puestos (es decir, las asignaciones para la ejecución de programas).

73. Consideró que había que ver las propuestas de crecimiento nominal cero del presupuesto de la OPS a la luz de los aumentos presupuestarios y las evaluaciones de países aprobadas en la Asamblea Mundial de la Salud de mayo. Los Estados Miembros habían aceptado un aumento de casi 2% del presupuesto de la OMS, que había dado lugar a un aumento de sus cuotas. Sin embargo, como la asignación a la sede de la OMS había estado protegida durante los quince últimos años, en detrimento de las cantidades destinadas a las regiones, nada de ese aumento de 2% llegaría a la Región de las Américas. Al contrario, la parte correspondiente a la Región se había reducido. El presupuesto que se presentaba al Comité constituía un sacrificio en cuanto a la absorción de los costos y al efecto de las devaluaciones, ninguno de los cuales se compensaría mediante el aumento propuesto. La no aprobación de ese aumento, junto con la reducción de la contribución de la OMS, tendría una repercusión negativa enorme en la disponibilidad de recursos para la cooperación técnica de la OPS con los países.

74. La Organización iba a seguir persiguiendo mayor eficiencia, protegiendo a los países prioritarios, esforzándose por movilizar recursos extrapresupuestarios y gestionando con gran prudencia las asignaciones presupuestarias. Sería necesario modificar gradualmente los techos históricos de algunos países, proceso que ya había empezado, y reconfigurar el personal y la presencia de la OPS en diversos países, para alcanzar mayor equidad y responder mejor a las necesidades de los países, en particular los considerados prioritarios por los Estados Miembros. Cualquier cambio en la asignación presupuestaria y distribución de personal entre los países se haría sobre la base de un análisis racional de las necesidades, utilizando las mejores pruebas disponibles.

75. En cuanto al mecanismo de la OMS para aliviar el aumento de las cuotas, se trataba de un mecanismo relativamente nuevo que se había creado restando fondos de los programas de cooperación, lo que preocupa sobremanera a muchos países. En la práctica, había significado una transferencia neta de recursos de los países más pobres a los países de ingresos medios y altos.

76. Aclaró que el Programa del Director Regional para Actividades de Desarrollo, al cual se habían asignado aproximadamente \$1,6 millones para el bienio, estaba destinado a permitir una respuesta a las solicitudes no previstas de asistencia de los países. Un ejemplo era el apoyo que la Organización había brindado a las negociaciones sobre antirretrovíricos. En cuanto a la información sobre su uso, el informe financiero y el informe financiero parcial del Director siempre comunicaban cómo se habían empleado los fondos de los programas.

77. En respuesta a las observaciones sobre el seguimiento de los gastos y su mayor pormenorización, observó que el sistema de planificación, programación, seguimiento y evaluación de la Organización, AMPES, era un sistema muy moderno y complejo, muy



elogiado por auditores tanto internos como externos, que permitía mantener registros exactos y transparentes de todos los gastos. Esa información se proporcionaría en cualquier momento a todo Estado Miembro que lo solicitase. Entre las muchas ventajas del sistema, permitía llevar un control financiero estricto, a la vez que ejercer gran flexibilidad en el uso de los recursos presupuestados; la única limitación era que los fondos asignados a personal podían usarse para otras finalidades y viceversa. El AMPES había permitido a la Oficina y a los países responder a los cambiantes problemas de salud, reorientando los recursos a donde más se necesitaban. También había generado confianza entre los donantes, lo que había mejorado mucho la capacidad de la OPS de movilizar recursos extrapresupuestarios.

78. A este respecto, recalcó que, además de evitar completamente cualquier recurso a los adelantos internos, la OPS también se negaba a especular sobre posibilidades para movilizar recursos. En ambos aspectos, la situación de la OMS era diferente, pero los recursos se introducían en el presupuesto de la OPS sólo si había certeza de que se iban a materializar. La OPS siempre había conseguido recursos extrapresupuestarios, pero había tenido menos éxito en obtener una proporción de los recursos recogidos por el conjunto de la OMS: en el bienio anterior, la OMS había movilizado \$1.800 millones en fondos extrapresupuestarios, de los cuales sólo 7% habían llegado a la Región de las Américas. Casi 50% había permanecido en la sede de Ginebra. Como en el caso de los fondos del presupuesto ordinario, esa desproporción de la distribución de los recursos estaba haciendo cada vez más difícil que la OPS mantuviera su nivel de la eficiencia y el apoyo a los países de la Región.

79. La Directora había tratado las inquietudes de la OPS sobre la distribución de recursos con el nuevo Director General de la OMS, y tenía esperanza de que desde el bienio 2004-2005 la Región de las Américas se beneficiara de una distribución más equitativa de los recursos procedentes del conjunto de todos los países. Sin embargo, opinó que formaba parte de su responsabilidad como Directora señalar a los Estados Miembros que, en último término, eran ellos quienes controlaban cómo se distribuían los recursos entre las regiones. También deseaba recordarles que la sede de la OMS había sido excluida de la reasignación de recursos aprobada por la resolución WHA51.31. Sólo habían sido afectadas las regiones. Si la sede de la OMS hubiera participado en la reasignación, el importe que hubiese llegado a las Américas habría sido mayor y la Región no tendría ahora tales dificultades. La OPS apoyaba plenamente el aumento del presupuesto de la OMS que los Estados Miembros habían aprobado, pero al mismo tiempo esperaba ver que esos recursos se distribuían de un modo justo que beneficiara a los países de las Américas, en particular a los prioritarios.

80. En el debate que siguió a las observaciones de la Directora, la Delegada de Estados Unidos reiteró la esperanza de que la Oficina revisaría el proyecto de presupuesto antes del Consejo Directivo, teniendo en cuenta las observaciones tanto del

SPP como del Comité Ejecutivo. Mencionó asimismo que su delegación había formulado varias observaciones concretas sobre los diferentes programas y áreas, las cuales facilitaría por escrito, junto con otras reflexiones, con miras a ayudar a la Oficina a modificar el documento. También reconoció que la Oficina se había mostrado dispuesta a seguir refinando los indicadores antes del Consejo Directivo.

81. El Presidente señaló que, de conformidad con el Artículo 14.C de la Constitución de la OPS, competía al Comité Ejecutivo presentar al Consejo Directivo el proyecto de presupuesto por programas preparado por la Directora, con las recomendaciones que estimara pertinentes. Por lo tanto, solicitó al Relator que redactara un proyecto de resolución en el que se reflejaran las inquietudes manifestadas por los Estados Miembros y que también permitiera al Comité lograr el consenso y cumplir con su responsabilidad de transmitir al Consejo Directivo el proyecto de presupuesto por programas.

82. El Comité aprobó después la resolución CE132.R6, que, como observó la Directora, había sido revisada por los Miembros del Comité, con apoyo de la Oficina, sobre la base de las observaciones de los Estados Miembros y un intercambio de información en cuanto a las negociaciones en curso con la OMS acerca de la proporción del presupuesto total asignable a la Región de las Américas. En la resolución revisada, el aumento solicitado se había reducido a un 0,15% del presupuesto general de la OPS/OMS, que se financiaría mediante un aumento de 2,55% de las cuotas de los Estados Miembros. Le complacía ese resultado y esperaba que los Estados Miembros estuvieran igualmente complacidos. La propuesta era muy moderada; pretendía mantener un equilibrio entre las diversas asignaciones para los programas básicos, tenía en cuenta todos los esfuerzos por aumentar la eficiencia del gasto y garantizaba que los aumentos obligatorios de costos tuvieran la menor repercusión posible en la ejecución de programas.

***Resultados logrados en relación con las orientaciones estratégicas y programáticas durante el período 1999-2002 (documento CE132/11)***

83. Este tema fue presentado por el Dr. Germán Perdomo (Asesor Superior de Política, Área de Planificación, Presupuesto por Programas y Apoyo a Proyectos, OPS), que comunicó al Comité los avances logrados hacia la consecución de las metas regionales establecidas por las orientaciones estratégicas y programáticas (OEP) durante el período 1999-2002. Esos resultados se describían en el documento CE132/11, preparado a instancias de la 26.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana de septiembre de 2002. La Conferencia había examinado un informe de progreso de las OEP y había pedido un informe de seguimiento que proporcionase información más exhaustiva sobre el logro de las metas regionales.

84. Un total de 29 metas regionales se había determinado con las OEP. Esas metas habían implicado un compromiso conjunto de los países y la Oficina por mejorar las condiciones sanitarias y ambientales de la población de la Región, controlar ciertas enfermedades y afecciones y desarrollar sistemas y servicios de salud. Veinte de las metas tenían que ver con resultados de salud, dos con acciones intersectoriales dirigidas a factores determinantes de la salud, y siete con políticas sanitarias y sistemas de salud. El documento contenía la información actualizada sobre el progreso en relación con las metas establecidas y examinaba algunas de las dificultades que habían entorpecido o imposibilitado determinar si algunas de ellas se habían alcanzado.

85. La experiencia con las OEP había arrojado varias enseñanzas útiles para el establecimiento futuro de orientaciones políticas para la cooperación técnica de la Oficina y para la evaluación de los resultados obtenidos a partir de la aplicación de esas orientaciones. En particular, se consideraba que la definición de políticas de cooperación técnica debía hacerse con la más amplia participación interna y externa para que los interesados directos, en particular los Estados Miembros, se comprometieran con el cumplimiento de las orientaciones políticas. Había que determinar un número manejable de metas y objetivos de cooperación técnica que, aunque fuesen difíciles, pudieran alcanzarse. Uno de los principales problemas identificados en la evaluación de las OEP era que algunas de las metas se expresaban de manera que resultaba imposible, con los sistemas existentes de información, vigilar el progreso hacia su logro. En consecuencia, metas y objetivos debían formularse de manera que permitiera su seguimiento y evaluación. El ejercicio de evaluación de las OEP también había destacado la importancia del esfuerzo continuo por mejorar la capacidad y la calidad de los sistemas nacionales de información sanitaria. Además, había puesto de relieve la necesidad de debate permanente sobre la puesta en práctica del Plan Estratégico 2003-2007.

86. El Comité Ejecutivo agradeció a la Oficina el informe y, en particular, el análisis de las enseñanzas extraídas. El informe revelaba claramente que era una tarea ingente establecer objetivos cuantificables, evaluar el progreso, evaluar los resultados en cada país, analizar los factores asociados con el logro de esos resultados, y luego aplicar las enseñanzas extraídas, y el Comité daba las gracias a la Oficina por asumir esa tarea. Observando que muchas de las dificultades para evaluar el progreso se habían debido a la falta de información, varios delegados subrayaron la necesidad de que los países se dotaran de sistemas de información para generar datos oportunos, fidedignos y comparables. También se recalcó la necesidad de trazar metas cuidadosamente, teniendo en cuenta al seleccionarlas la factibilidad de su monitoreo.

87. Un delegado comentó que, en los casos en que los datos fueran insuficientes para medir el cambio, quizá fuese razonable preguntar si la OPS estaba preparada para abordar tal meta de una manera eficaz. Al mismo tiempo, sin embargo, convenía no pasar por alto un problema concreto de salud sencillamente porque faltasen datos básicos sólidos. Otro

delegado sugirió que, como el logro de muchas metas —en particular en el ámbito del agua y el saneamiento— dependía en gran medida de la colaboración intersectorial, el propio grado de dicha colaboración ya era, en sí mismo, un indicador del progreso. Un tercer delegado observó que muchas de las metas y sus indicadores se habían convertido en indicadores del desarrollo, y no sólo de salud. Era importante presentarlos como tal, especialmente a los ministros de hacienda, al presentar presupuestos sanitarios. También era importante asegurar que los presupuestos sanitarios se fijaran según criterios técnicos establecidos por el sector de la salud, y no por el de hacienda.

88. Se señaló que la Conferencia Sanitaria Panamericana había solicitado que el informe presentado al Consejo Directivo en 2003 especificara los factores asociados con el logro de las metas regionales. Sin embargo, el documento presentado al Comité ofrecía sólo una actualización del progreso de los países en alcanzar algunas de las metas establecidas. A este respecto, los delegados señalaron la necesidad de analizar qué enseñanzas podrían extraerse de los países que habían alcanzado algunas metas regionales, pues ese conocimiento quizá ayudase a otros países a hacer lo propio.

89. El Dr. Perdomo explicó que en el informe preparado para el Comité se había pretendido fundamentalmente actualizar la información presentada el año anterior y examinar alguno de los factores asociados con el logro o no de algunas de las metas. Obviamente, no era posible identificar todos los factores de todas las metas. A menudo, como había señalado el Comité, entraban en juego factores que no controlaba directamente el sector de la salud. Es más, la información disponible no siempre había sido comparable, dificultando incluso determinar en qué medida se habían logrado ciertas metas regionales, y aún más identificar todos los factores que habían entrado en juego en los resultados obtenidos. No obstante, para el informe final que había de presentarse al Consejo Directivo en septiembre, la Oficina se comprometería a presentar un análisis más detallado de los factores implicados.

90. Las inquietudes del Comité con respecto a la calidad de la información y los sistemas de información eran, sin duda, válidas. La Oficina compartía esas inquietudes y había convertido la recopilación de datos y los sistemas de información en uno de los objetivos centrales del Plan Estratégico 2003-2007.

91. La Directora estuvo de acuerdo en la importancia de analizar los factores que habían favorecido o dificultado el logro de las metas determinadas mediante las OEP; sin embargo, a su modo de ver, en lugar de quedarse en ese análisis, sería de mayor beneficio para los países que la Oficina se concentrara en aplicar las lecciones extraídas en el período 1999-2002 al desarrollo de indicadores, a la ejecución del Plan Estratégico 2003-2007 y al logro de los objetivos de desarrollo del milenio. Una de las importantes enseñanzas extraídas era que la Organización tenía que ayudar a cada país a determinar sus propias metas, basadas en las regionales y mundiales. Muchas de las metas regionales

habían surgido de mandatos mundiales que emanaban de cumbres y reuniones internacionales. En general, esas metas debían adaptarse a las condiciones específicas de cada país. Sin duda, ese era el caso con muchos de los objetivos de desarrollo del milenio. Además, había que determinar objetivos intermedios, que son los que permitirían realizar el seguimiento del progreso.

92. Otra lección clave era que convenía establecer metas específicas en cuanto al refuerzo de los sistemas de información, ya que sin buenos sistemas de información sería imposible vigilar el progreso y determinar si las demás metas estaban lográndose. Los sistemas de información eran una parte esencial de la infraestructura básica de salud pública. Aunque la mayoría de los países había realizado un esfuerzo muy importante por desarrollar sus sistemas de información sanitaria en años recientes, en muchos casos los resultados no habían sido satisfactorios. Se había invertido mucho dinero en tecnología de la información compleja, pero eso no necesariamente había dado lugar al mejoramiento de los sistemas de información ni a la producción de mejor información. La funcionaria consideraba que había llegado el momento de que los gobiernos tomaran decisiones de una vez y que aplicaran las medidas necesarias para mejorar sus sistemas nacionales de información sanitaria y velasen por producir información del tipo y la calidad necesarios para una toma de decisiones eficaz. En el marco de las Cumbres de las Américas, los gobiernos de la Región habían dado varios mandatos relacionados con la salud a la OPS, al Banco Interamericano de Desarrollo y al Banco Mundial. Quizás se les debía también confiar el mandato de ayudar a los países a que mejoren sus sistemas de información sanitaria.

93. El Comité Ejecutivo, reconociendo el extraordinario esfuerzo hecho por la Oficina pese a la falta de información y datos de varias metas y teniendo presente que la Conferencia Sanitaria Panamericana había solicitado un informe actualizado, no consideró necesario aprobar una resolución al respecto.

***Informe sobre la 13.<sup>a</sup> Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (documento CE132/12. Rev. 1)***

94. El Dr. Albino Belotto (Jefe, Unidad de Salud Pública Veterinaria, OPS) informó sobre la 13.<sup>a</sup> Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (13.<sup>a</sup> RIMS), que se había celebrado en Washington, D.C., los días 24 y 25 de abril de 2003. Empezó por explicar la misión de la Unidad de Salud Pública Veterinaria, que era apoyar a los Estados Miembros con programas nacionales prioritarios en las áreas de la vigilancia, la prevención y el control de las zoonosis de importancia para la salud pública; la inocuidad de los alimentos; y la erradicación de la fiebre aftosa. La Unidad, junto con los dos centros panamericanos asociados, el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) y el Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis

(INPPAZ), trabajaba en red con diversas entidades, incluida RIMSA. También tenía asociaciones estratégicas con otras organizaciones y organismos.

95. RIMSA era el único foro regional de colaboración y coordinación entre los ministros de salud, agricultura y ganadería para cuestiones relacionadas con la salud pública veterinaria. Constituía un encuentro imprescindible de apoyo político, y contribuía al éxito de la cooperación técnica en cuestiones de salud pública veterinaria. La 13.<sup>a</sup> RIMSA había contado con la presencia de representantes de 33 Estados Miembros y un Estado Observador (España); representantes de cinco Estados de fuera de la Región de las Américas; y representantes de varias organizaciones y organismos intergubernamentales, como la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Comisión Mixta FAO/OMS del Codex Alimentarius, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Mundial del Comercio (OMC).

96. Había presidido la sesión inaugural el Ministro de Agricultura de Brasil, que había sido el Presidente de la 12.<sup>a</sup> RIMSA. El Comisionado Adjunto de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, el Presidente de la República del Uruguay y la Directora de la Oficina habían dirigido la palabra a los reunidos. Ann Veneman, Secretaria de Agricultura y Ganadería de los Estados Unidos, había pronunciado el discurso de apertura, que versó sobre la armonización de la inocuidad de los alimentos y el comercio en las Américas. Se había presentado el informe sobre el Programa de Salud Pública Veterinaria de la OPS y sobre PANAFTOSA e INPPAZ; se habían efectuado grupos de discusión sobre el tema “La inocuidad de los Alimentos: de la producción al consumo”, que había sido el tema general de la 13.<sup>a</sup> RIMSA; se habían presentado ponencias especiales sobre bioterrorismo, los alimentos genéticamente modificados y el Informe de la Consulta Mixta de Expertos FAO/OMS sobre Régimen Alimentario, Nutrición y Prevención de las Enfermedades Crónicas. La 13.<sup>a</sup> RIMSA había aprobado un total de 10 resoluciones, que aparecían, junto con una relación completa de las deliberaciones, en el informe final de la reunión (documento RIMSA13/FR, Rev. 1).

97. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el informe, agradeciendo la oportunidad que había brindado la reunión de intensificar la coordinación entre los ministros de agricultura, ganadería y salud. Se apuntó que esa coordinación quizá fuera más eficaz si se invitara también a los ministros de economía. Con respecto a la ponencia sobre bioterrorismo y la resolución al respecto, muchos delegados habían recalcado que las medidas recomendadas no debían influir en el comercio de productos inocuos. El Representante del Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA) subrayó el problema emergente del agroterrorismo y dijo que su organización esperaba seguir colaborando con la OPS en ese y otros ámbitos relacionados con la salud pública y

la agricultura. Otros temas en los cuales los delegados consideraron necesaria la cooperación entre los ministerios de salud, agricultura y ganadería eran la intoxicación por plaguicidas y la repercusión de su uso en la salud humana, así como los alimentos genéticamente modificados.

98. Varios delegados de países con economías muy dependientes de la ganadería mencionaron campañas de vacunación contra la fiebre aftosa. Se señaló que la mayoría de los países de la Región que fabricaban dicha vacuna estaban considerando la posibilidad de cambiar a una producción basada en cultivos celulares, y se sugirió que la OPS quizá pudiera ayudar a la transición. RIMSA se consideraba un foro ideal en el cual organizar campañas supranacionales de vacunación contra la fiebre aftosa, en particular en las zonas fronterizas. Tales campañas debían ser intensas, tal vez en forma de “semanas de vacunación”. Lo mismo cabía decir del control o la erradicación de la rabia.

99. El Dr. Belotto estuvo de acuerdo en que era muy importante incluir a los ministros de economía en los debates relativos a la sanidad humana y animal. Con respecto a los reglamentos para combatir el bioterrorismo, dijo que los participantes en RIMSA habían sido muy conscientes de que muchos países dependían en gran medida de la exportación de productos agropecuarios y habían reconocido la necesidad de coordinación para no crear barreras a la importación y exportación.

100. Le parecía bien la idea de tener una semana de vacunación, para insistir contra ciertas enfermedades, y observó que parte del valor de tal semana sería su repercusión en cuanto a la concientización pública. En el caso de la rabia, por ejemplo, como el número de casos transmitidos de los perros a los seres humanos había disminuido a unos 25 por año en todo el continente, se corría el riesgo de que la población dejara de considerarla una enfermedad peligrosa.

101. El control de los plaguicidas y los riesgos que plantean para la salud humana era sumamente importante, y consideraba que el tema debía formar parte del programa de una futura RIMSA para estudiarse a fondo y explorar cómo los países podrían aunar esfuerzos para abordarlo. La cuestión de los alimentos genéticamente modificados era una en la que tendían a divergir el sector de la salud y el agropecuario. Al primero le interesaban principalmente los efectos sanitarios de los alimentos transgénicos, mientras que para el segundo la inquietud principal era el comercio. El asunto admitía muchos matices. Los alimentos transgénicos tenían ventajas e inconvenientes, que convenía analizar de manera pragmática sobre una base de información sólida. La Reunión Regional sobre Alimentos Genéticamente Modificados, organizada por la OPS/OMS, la FAO y el IICA, de la que se había tratado en la 13.<sup>a</sup> RIMSA, había efectuado una contribución importante hacia la mejor comprensión de sus implicaciones.

102. Con respecto a la vacuna contra la fiebre aftosa, señaló que la fabricación de una vacuna derivada de cultivos celulares requeriría una gran inversión tecnológica. A la OPS le complacería ayudar a los países a estudiar las consideraciones técnicas y a llevar a cabo los estudios de costo-beneficio para determinar si el cambio a ese método de producción valdría la pena.

103. La Directora observó que la reunión interministerial había suscitado mucho interés y que de ella habían surgido varias recomendaciones y decisiones importantes. Era alentador que RIMSA hubiera conseguido crear un espacio de interacción no sólo intersectorial sino también interinstitucional, y en el que podían participar distintos grupos de la sociedad civil, como productores, importadores, exportadores y consumidores. RIMSA no solo era muy prometedora para el trabajo conjunto entre los sectores de la salud y agropecuario, sino que quizá también indicara la vía hacia una mayor colaboración entre el sector de la salud y otros, en particular los de ambiente, educación y trabajo. Recordó que los ministros de salud y de medio ambiente de la Región habían celebrado una reunión conjunta en Ottawa en 2002, de la que también habían surgido algunas recomendaciones importantes. De manera análoga, había conversaciones en marcha con la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Internacional para las Migraciones sobre la posible inclusión del tema de la salud en sus próximas conferencias, pues muchos temas importantes relacionados con la salud se presentaban tanto en la esfera laboral como con relación a las poblaciones de migrantes. La OPS estaba también explorando la posibilidad de incorporar el debate de cuestiones de salud —como la sostenibilidad de los programas de vacunación— a los programas de próximas reuniones del Banco Interamericano de Desarrollo y del Banco Mundial. Además, la OPS procuraría aprovechar las diversas reuniones ministeriales subregionales y otros encuentros internacionales para destacar las preocupaciones de salud.

104. La funcionaria señaló que otras dos reuniones importantes se habían celebrado en el marco de la 13.ª RIMSA: la del Comité Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (COHEFA), bajo la presidencia del Ministro de Agricultura de Paraguay, y la de la Comisión Panamericana de Inocuidad de los Alimentos (COPAIA), presidida por el Ministro de Salud de Suriname, a quienes expresó su agradecimiento. Los resultados de esas deliberaciones habían servido de insumo para la reunión de RIMSA.

105. Le complacía comunicar que la OPS había firmado recientemente un acuerdo de cooperación con el IICA. Se estaba formulando un plan de acción conjunto en el que se identificaban las áreas comunes de trabajo, como la sanidad animal, la seguridad alimentaria, la inocuidad de los alimentos y el desarrollo rural. Este último, obviamente, estaba muy estrechamente vinculado a la producción agropecuaria y la sanidad animal mejoradas. La OPS consideraba fundamental el desarrollo rural; sería uno de los núcleos de interés de una unidad nueva que se había creado dentro del área de Desarrollo



Sostenible y Salud Ambiental en la nueva estructura orgánica de la Oficina. Esa área también se ocuparía de la cuestión de los plaguicidas y su repercusión sobre la salud.

106. La propuesta de una semana de vacunación era excelente, y la Oficina empezaría a estudiar la mejor manera de realizarla. Una opción, al menos en el caso de la vacunación contra la rabia, podría ser combinar esa campaña de vacunación con la próxima Semana de Vacunación de las Américas.

107. El Comité adoptó la resolución CE132.R4, por la cual refrendó las recomendaciones y resoluciones de la 13.<sup>a</sup> RIMSA.

***Atención primaria de salud en las Américas: enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y retos futuros (documento CE132/13)***

108. El Dr. Pedro Brito (Gerente interino, Área de Desarrollo Estratégico de la Salud) presentó el documento sobre este tema y señaló que había sido preparado por tres unidades de la Oficina: Tecnología y Prestación de Servicios de Salud, Desarrollo Estratégico de la Salud, y Gobernanza y Políticas. Se reseñaba la historia de la estrategia de atención primaria de salud (APS), se examinaban las repercusiones y las enseñanzas extraídas de su aplicación en la Región y se exploraban algunos de los retos que requerían una renovación de la visión y el compromiso con la atención primaria de salud en el futuro.

109. El concepto de la atención primaria de salud (APS) que había surgido de la Conferencia de Alma-Ata en 1978 había traído consigo una nueva comprensión de la salud y había engendrado un nuevo espíritu que había configurado el pensamiento de toda una generación de sanitarios, incluidos muchos de los presentes en la 132.<sup>a</sup> sesión del Comité. La atención primaria de salud se había definido como la estrategia principal para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000, establecida por la Asamblea Mundial de la Salud en 1977, y se había convertido en la plataforma principal para la política sanitaria en la Región de las Américas. Ahora, 25 años después, era adecuado reflexionar sobre cómo adaptar la estrategia de APS para afrontar los retos del siglo XXI en el ámbito de la salud.

110. En las Américas, el concepto de la atención primaria de salud se había interpretado y aplicado de diversas maneras, que reflejaban diferentes perspectivas políticas y de salud pública. Podían identificarse dos tendencias principales: en algunos casos, la APS se había adoptado como una estrategia para reorganizar y reestructurar el sistema de salud a fin de aplicar los principios y las recomendaciones de Alma-Ata; en otros, se había visto como un método para prestar atención al nivel más básico del sistema de salud. En la mayoría de los países de la Región, la aplicación de la APS había dado lugar a la ampliación de la cobertura de los servicios de salud a las zonas rurales y

periurbanas, así como a la elaboración de programas prioritarios, especialmente en el primer nivel de atención. Había favorecido cambios significativos tanto en la educación como en la capacitación del personal sanitario y en el ejercicio de la medicina y la salud pública; de igual manera, había ayudado a promover la participación comunitaria en el desarrollo sanitario. Aunque no era posible establecer una relación directa de causa-efecto, en los 25 años que llevaba aplicándose la APS la Región había experimentado reducciones notables de la mortalidad y aumentos considerables de la esperanza de vida.

111. De la experiencia con la atención primaria de salud en las Américas se habían extraído varias lecciones. La APS había marcado un cambio en el paradigma de la práctica de salud pública. Había mostrado por vez primera la necesidad de una mayor integración de los modelos de atención, y había demostrado que la participación social y comunitaria y la coordinación intersectorial eran los instrumentos estratégicos para producir el cambio en el ámbito sanitario. También había contribuido a desmedicalizar la salud pública y a dar prioridad a la promoción de la salud. No obstante, la APS y la promoción de la salud no habían sido suficientes para cambiar el predominio de los modelos curativos de atención o lograr la participación comunitaria eficaz en todos los países. La capacidad de respuesta al nivel de la atención primaria seguía siendo baja, y había una falta de coordinación entre diferentes niveles asistenciales. Al aplicar la APS, se había subestimado el efecto de los cambios demográficos y epidemiológicos que se habían producido en la Región. Además, la estrategia de APS no había priorizado la elaboración de intervenciones dirigidas explícitamente a reducir las desigualdades y lograr la equidad en materia de salud.

112. La OPS creía que los principios en que se apoyaban la atención primaria de salud y la meta de salud para todos seguían siendo válidos, de suerte que la renovación del compromiso con la APS permitiría a la Región afrontar los retos de salud y desarrollo del siglo XXI y alcanzar las metas establecidas por varias cumbres internacionales recientes, en particular los objetivos de desarrollo del milenio. La renovación del compromiso con la APS entrañaría cambios y ajustes en sus dos dimensiones principales: como enfoque de política, la APS debería adaptarse para promover y apoyar la formulación de políticas públicas que favorecieran una mayor equidad en materia de salud; por otra parte, considerada como un nivel de atención, la APS debía convertirse en la piedra angular para el desarrollo de los servicios de salud y la reorientación de los modelos asistenciales, haciendo más hincapié en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. En el documento se describían las principales acciones necesarias para renovar el compromiso con la APS, fortalecer la estrategia y adaptarla a las necesidades de los años venideros.

113. Para conmemorar los logros de los 25 años anteriores y brindar oportunidades para la reflexión colectiva acerca del futuro de la atención primaria de salud, la Oficina proponía organizar una serie de actividades y actos, que se celebrarían en diversos

lugares de toda la Región durante el año siguiente. También se proponía redactar una declaración regional, similar a la Declaración de Alma-Ata, por la cual se establecerían políticas y estrategias regionales y nacionales para mejorar la situación sanitaria de los pueblos americanos y se reafirmaría el compromiso con la atención primaria de salud, la promoción de la salud y los objetivos de desarrollo del milenio. La declaración se formularía en consulta con los Estados Miembros y se sometería al Consejo Directivo para su aprobación en 2004. Se invitaba al Comité Ejecutivo a formular observaciones sobre esas propuestas y a ofrecer sus propias sugerencias sobre cómo celebrar el 25.º aniversario de la Conferencia de Alma-Ata y renovar el compromiso con la atención primaria de salud en las Américas.

114. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el documento, pues consideró muy oportuno evaluar lo que se había realizado en los 25 años anteriores y reflexionar sobre la mejor manera de adaptar la atención primaria de salud para abordar los nuevos retos que afrontaban los países de la Región. El Comité expresó su decidido apoyo a la estrategia de atención primaria de salud y reafirmó la validez ininterrumpida de sus principios básicos, en particular la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la participación y responsabilidad de la comunidad con respecto a la salud. Se subrayó el valor de la atención primaria de salud como un medio para mejorar la equidad, la calidad de la atención y el acceso a los servicios en todos los niveles. Se señaló que la celebración del 25.º aniversario del advenimiento de la atención primaria de salud ofrecería la oportunidad de "volver a las raíces" y concentrarse en lo que realmente se necesitaba para mejorar la salud de las poblaciones.

115. Los delegados destacaron algunos de los éxitos logrados en sus países mediante la aplicación de la estrategia de APS, entre ellos la ampliación de los servicios de salud a las zonas subatendidas; los programas más integrados; la mayor participación de la comunidad; el adiestramiento de los agentes de salud de la comunidad; el mejoramiento de las condiciones ambientales; la mayor cobertura de vacunación; el mejor control de las enfermedades, y las reducciones de la morbilidad y la mortalidad. Al mismo tiempo, se reconoció que aun debían superarse varios retos. Se puntualizó que, además de los cambios demográficos y epidemiológicos mencionados en el documento, la globalización había traído consigo cambios tecnológicos rápidos, cuyo aprovechamiento constituía una empresa formidable. Otro imperativo era adaptar la estrategia de APS y dotar a los servicios de salud con los medios necesarios para hacer frente a la carga cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles. Otro gran desafío era atraer y retener a los profesionales de atención primaria. Los delegados señalaron que, si bien la atención primaria de salud se había concentrado originalmente en la ampliación de la cobertura y la extensión a la comunidad, ahora el foco de interés debía ser lograr una calidad sistemáticamente alta de la atención para combatir la idea que se tenía en algunos lugares de que la APS era "un conjunto de servicios mínimos para los pobres". Varios delegados también mencionaron la necesidad de la investigación para demostrar la eficacia en

función de los costos de la atención primaria de salud, sobre todo en un contexto de recursos escasos, prioridades en competencia y mayor demanda de intervenciones costosas de alta tecnología.

116. Se expresó apoyo a las líneas de acción propuestas en el documento, y se alentó a la OPS a preparar un plan de acción para ponerlas en práctica. Se subrayó igualmente la necesidad de elaborar los indicadores para evaluar el progreso; los delegados sostuvieron que se necesitaban indicadores especialmente para medir el progreso hacia la consecución de los objetivos de desarrollo del milenio y vincular ese progreso a las actividades de APS y salud pública.

117. Se comentó que en la reciente Asamblea Mundial de la Salud se habían señalado cuatro necesidades fundamentales de renovación del compromiso con la atención primaria de salud, a saber: allegarse recursos suficientes para el desarrollo de la atención primaria de salud; fortalecer la capacidad de recursos humanos para la atención primaria de salud; respaldar la participación activa de las comunidades locales en la atención primaria de salud; e impulsar la investigación con miras a identificar métodos eficaces para vigilar y fortalecer la atención primaria de salud y vincularla al mejoramiento general del sistema sanitario. La Asamblea de la Salud también había exhortado a la Directora General de la OMS a que convocara una reunión de los interesados directos para examinar las enseñanzas extraídas en los primeros 25 años de la atención primaria de salud y decidir cómo avanzar. Los delegados opinaron que la OPS y los Estados Miembros de las Américas podían efectuar una contribución valiosa a esos debates.

118. El Comité respaldó la idea de redactar una declaración regional y la propuesta de organizar un programa anual de actividades para conmemorar el 25.º aniversario de la Declaración de Alma-Ata. Los Miembros manifestaron que, como en el año 2003 se cumplía el 25.º aniversario, la celebración debía lanzarse en ocasión del próximo 44.º Consejo Directivo. Se sugirió programar una serie de sesiones especiales a mediodía para empezar a examinar los retos futuros que afrontaba la atención primaria de salud. También se señaló que, como la participación comunitaria era un componente imprescindible de la estrategia de atención primaria de salud, las comunidades debían participar en la celebración y en la reflexión sobre cómo adaptar la estrategia para satisfacer las necesidades presentes y futuras.

119. El Dr. Brito agradeció al Comité su apoyo decidido de la iniciativa para renovar el compromiso con la atención primaria de salud en la Región. En especial, destacó las observaciones de los delegados de Jamaica y de la República Dominicana, que habían estado presentes en Alma-Ata en 1978 y eran testigos del progreso que se había logrado desde entonces como resultado de la aplicación del enfoque de atención primaria de salud. Estaba claro que había consenso en cuanto a la vigencia de la validez y la aplicabilidad de los principios y la estrategia de la atención primaria de salud. Estaba

claro asimismo que esta no era en absoluto "un conjunto mínimo de servicios para los pobres", sino un medio de lograr la equidad en el acceso a los servicios sanitarios y de ampliar la protección social en materia de salud a toda la gente.

120. En el debate del Comité habían surgido varios puntos importantes, en los que quizá hubiera convenido hacer más hincapié en el documento CE132/13. Primero, tenía que reconocerse que la ejecución de la APS en la comunidad había significado un enfoque nuevo y más democrático al desarrollo sanitario, así como una nueva forma de interacción entre las comunidades y los servicios de salud. De manera análoga, había significado un cambio en el criterio aplicado a la educación sanitaria, al ponerse el acento en promover la participación de la comunidad en el desarrollo de su propia salud. Había implicado, además, una mayor participación de los hogares y las familias y la aparición de nuevas funciones para las mujeres como actores fundamentales en el desarrollo sanitario, no solo de su familia sino también de su comunidad. Además, la puesta en práctica de la atención primaria de salud había fomentado nuevos enfoques para la prestación de la atención, al hacer que el personal sanitario saliera de los establecimientos asistenciales para ir directamente a la comunidad.

121. Las observaciones de los delegados también pusieron de relieve la necesidad del intercambio de experiencias para que los países aprendiesen mutuamente de sus éxitos y sus fracasos. Tales intercambios serían especialmente importantes a la hora en que los Estados Miembros intentasen resolver todos los retos puestos de relieve en el curso de los debates del Comité. También estaba implícito el reto de la cooperación técnica para la Oficina, la cual tendría que preparar un nuevo programa y nuevas maneras de trabajar. Ese era uno de los objetivos de la transformación de la Organización contemplada por la Directora de acuerdo con la nueva estrategia de gestión que contaba con el pleno respaldo de toda la Oficina.

122. La Directora centró sus comentarios en el plan para conmemorar el 25.º aniversario de Alma-Ata y reafirmar el compromiso con la atención primaria de salud en el nuevo panorama sanitario de la Región. Explicó que la Oficina no había preparado una propuesta más detallada en parte porque había estado esperando el resultado de los debates de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la atención primaria de salud, y en parte también porque deseaba conocer los puntos de vista del Comité Ejecutivo sobre el tema. Lo que la Oficina estaba proponiendo era llevar a cabo un año de celebraciones y consultas; el proceso comenzaría en ocasión del 44.º Consejo Directivo e involucraría a una amplia gama de interesados directos de los sectores gubernamentales y no gubernamentales. Asimismo, se estimularía a los países a que planificaran sus propias actividades conmemorativas y consultivas a escala nacional. El proceso culminaría en la declaración para reafirmar el compromiso con la atención primaria de salud, que reflejaría las inquietudes y los puntos de vista expresados por los diversos interesados directos consultados.

123. Antes del Consejo Directivo, la Oficina revisaría el documento para incorporar las observaciones del Comité y describir los pasos que seguiría la consulta. Como se había hecho en el caso de la celebración del centenario de la OPS, podría confeccionarse un calendario de actividades regionales y nacionales. La celebración y la consulta propuestas no implicarían ningún gasto adicional para la Organización.

124. La Región tenía el honor de contar con varios líderes de la salud pública que habían desempeñado un papel central en la elaboración de la estrategia de atención primaria de salud. América había hecho grandes aportes a la declaración original de Alma-Ata e indudablemente efectuaría una contribución igualmente valiosa en el replanteamiento y fortalecimiento de la APS como una estrategia para superar los nuevos retos que afrontaban los países en el siglo XXI.

125. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE132.R5 sobre este punto del orden del día.

#### ***La familia y la salud (documento CE132/14)***

126. La Dra. Gina Tambini (Gerenta interina, Área de Salud Familiar y Comunitaria, OPS) presentó el documento CE132/14 en nombre de las cinco unidades que integraban el Área de Salud Familiar y Comunitaria y que habían participado en su preparación. Empezó por explicar que el trabajo de la OPS en el ámbito de la familia y la salud había surgido en parte de varias cumbres internacionales recientes, que habían subrayado la necesidad de enfocar la atención de salud tomando como punto de referencia a la familia. Esas cumbres habían declarado que la familia tenía derecho a recibir protección y apoyo integrales y habían hecho un llamamiento a reconocer a las familias como actores clave en la promoción de la salud, a reorientar los servicios de salud para que concedan especial atención a la familia, a preparar un nuevo programa social y de salud para la familia, y a formular políticas y leyes que apoyen a la familia y contribuyan a proteger sus derechos, su estabilidad y su igualdad.

127. Era lógico prestar atención especial a la familia por varias razones. La familia es el entorno donde se establecen por primera vez el comportamiento y las decisiones en materia de salud y donde se originan la cultura, los valores y las normas sociales. Además, los miembros de la familia solían estar expuestos a los mismos riesgos para la salud (ambientales, infecciosos, conductuales y vectoriales). Por añadidura, los cambios en la estructura familiar y en las condiciones demográficas, sociales y económicas habían impuesto un gran estrés a las familias en la Región. Y aunque el continente americano había hecho extraordinarios avances en la mejora de las condiciones de salud, aún quedaban por resolver problemas de salud que podrían abordarse mejor mediante un enfoque integrado, centrado en la familia.

128. Por enfoque de salud centrado en la familia se entendía aquel que respondía a las necesidades de salud de las familias. Era un criterio que proporcionaba continuidad de la atención en todo el ciclo de vida y que era integral, pues incorporaba la atención preventiva, curativa y rehabilitadora, y hacía hincapié en las dimensiones biológica, psicológica y social de la salud. También tenía en cuenta los factores determinantes de la salud. El análisis de los modelos de salud familiar implantados hasta entonces por los países de la Región revelaba varias características en común: utilizaban equipos de atención de salud integrados por médicos, enfermeras y personal de otro tipo que prestaban atención integral a los miembros de la familia de todas las edades; aplicaban un enfoque de atención primaria de salud; y ponían los recursos del sistema de asistencia sanitaria directamente en la comunidad, cerca de las familias. La mayoría de los modelos se habían introducido en el marco de las iniciativas de reforma del sector de la salud, y se proponían alcanzar en equilibrio entre mayor acceso a los servicios de salud, mejor satisfacción de los usuarios, mayor calidad de la atención y menores costos de operación.

129. La OPS consideraba el desarrollo de un enfoque de salud familiar una tarea colectiva que incluía a todas las áreas y unidades de la Oficina. Al elaborar el enfoque, consideraría cuidadosamente las experiencias de los países para determinar los componentes clave de un enfoque de salud familiar e identificar las mejores prácticas y las enseñanzas extraídas. Utilizando esos elementos, procuraría crear un marco regional para guiar la elaboración y la ejecución de un enfoque de salud familiar por los países. También se comprometería a confeccionar los indicadores para vigilar y evaluar la repercusión de los modelos de salud familiar. Con ese fin, se formaría un grupo de trabajo regional para identificar, analizar y evaluar las experiencias de los países en curso y orientar a otros países de la Región que se proponían desarrollar un enfoque de salud familiar.

130. El Presidente del Subcomité de Planificación y Programación informó de que dicho órgano había manifestado su decidido apoyo a la labor de la OPS en el ámbito de la familia y la salud. Había considerado que la mayor atención que la Organización estaba prestando a dicha área era muy oportuna, pues coincidía con los esfuerzos por fortalecer la familia y mejorar la salud familiar en muchos países y con el 10.º aniversario del Año Internacional de la Familia, que se celebraría en 2004. Varios delegados habían descrito las iniciativas de salud familiar que se estaban realizando en sus países y habían ofrecido intercambiar sus experiencias con la OPS y con otros Estados Miembros. Se había alentado a la Organización a que utilizara las enseñanzas extraídas de esas experiencias para perfeccionar su enfoque de la familia y la salud. Al mismo tiempo, sin embargo, se había señalado que no podía haber una única "receta" para la salud familiar. El modelo aplicado tendría que adaptarse a las características de la familia y el sistema de atención de salud en cada país. El Subcomité también había observado que el diseño de las intervenciones de salud familiar debía tener en cuenta las pautas culturales y religiosas,

que ejercían una gran influencia en los valores, la vida y la salud familiares, así como en los comportamientos asistenciales.

131. El Subcomité había recalcado que cualquier iniciativa que pretendiese mejorar la salud familiar habría de tener en cuenta todos los factores que influían en la estabilidad y la vida de la familia. Sin embargo, como muchos de esos factores eran ajenos al control inmediato del sector de la salud, el Subcomité también había señalado la necesidad de un enfoque integrado, intersectorial, así como de una mayor generación de información y conocimientos acerca de las innumerables variables que intervenían en la salud familiar. El Subcomité había concordado con las áreas prioritarias para la acción mencionadas en el documento, aunque los delegados habían sugerido varios otros temas que debían abordarse. En el área de la salud mental, por ejemplo, el abuso del alcohol se había identificado como un problema grave que estaba afectando a las familias. La violencia intrafamiliar también se había considerado una inquietud grave que debía abordarse en el marco del enfoque de salud familiar. Varios delegados habían destacado la necesidad de prestar más atención a los hombres en cuanto a sus necesidades de salud específicas y, también, a su función como padres y prestadores de asistencia. El Subcomité había señalado que la OPS podría considerar la conveniencia de una aplicación progresiva, dado el gran número de áreas prioritarias en las cuales estaba proponiendo trabajar. También había recalcado la necesidad del seguimiento y la evaluación para seguir el progreso.

132. Al igual que el Subcomité, el Comité Ejecutivo expresó su apoyo firme al trabajo de la Organización en este ámbito y, asimismo, opinó que era esencial priorizar, habida cuenta de la amplia gama de temas que debían abordarse con relación a la salud familiar. Se propuso que los Miembros determinaran tres o cuatro prioridades en las cuales deseaban que la Organización se concentrara inicialmente. Varios delegados dijeron que la salud de los adolescentes debía recibir prioridad especial y que debía procurarse identificar los factores determinantes de los problemas de salud relacionados con el comportamiento que son comunes a esa edad. La adquisición de aptitudes para la crianza de los hijos y la atención al papel que desempeñaban los padres también se consideraron prioridades. Muchos delegados pusieron de relieve el nexo existente entre la salud familiar y la estrategia de atención primaria de salud y subrayaron la necesidad de asignar prioridad, dentro de un enfoque de salud familiar, a la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Asimismo, recalcaron la necesidad del seguimiento y la evaluación para determinar el efecto de las intervenciones de salud familiar, y observaron con satisfacción que en la versión revisada del documento se reconocía claramente esa necesidad.

133. El Comité también aplaudió el enfoque del ciclo de vida propugnado por la OPS. Una delegada señaló, sin embargo, que sería esencial lograr que la aplicación de ese enfoque no regresara a los programas verticales para diferentes grupos de edad. Sugirió



que sería útil que la OPS proporcionara descripciones prácticas de cómo podría aplicarse dicho enfoque en los Estados Miembros. Otro delegado sugirió que la Organización debía preparar un manual de las prácticas adecuadas que las representaciones de la OPS/OMS podrían usar para ayudar a los países a implantar el modelo de salud familiar.

134. Varios delegados subrayaron la importancia de la familia —por ser la unidad básica de la organización social— en la creación de una cultura de la salud y el fomento de la responsabilidad individual y colectiva con respecto a la salud. No obstante, se señaló que, si bien podría ser muy positivo concentrarse en la función de la familia en el ámbito de la atención de salud, existía el peligro de pasar por alto las necesidades de las personas que no pertenecían a una unidad familiar. Se sugirió que el documento debía abordar ese aspecto y considerar la manera en que la aplicación de un enfoque centrado en la familia podría afectar al acceso y a la calidad de atención de las personas que no formaban parte de una unidad familiar. También se propuso que el análisis de la situación de las familias en las Américas se ampliara para mostrar las implicaciones de las interacciones existentes entre los cambios en la familia, en la estructura de la población y en los tipos de enfermedades.

135. Se recalcó la necesidad de contar con información fidedigna, tanto para el seguimiento y la evaluación como para la toma de decisiones y la formulación de políticas con relación a la salud familiar. Varias delegaciones ofrecieron compartir los resultados de las investigaciones y las experiencias de sus países en la aplicación del enfoque de salud familiar.

136. El representante de la Fundación Interamericana del Corazón señaló que la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes había aportado mucha información valiosa no sólo acerca del consumo de tabaco entre los jóvenes, sino también sobre sus pautas de conducta, y solicitó información sobre cómo estaban aplicándose los resultados de la encuesta.

137. La Dra. Tambini agradeció a los delegados sus observaciones y sus ofrecimientos de compartir experiencias. Como ya había dicho, analizar y difundir la información sobre las experiencias de los países sería un componente principal de la cooperación técnica de la Organización en esa área. Con respecto a la priorización de las intervenciones, señaló que en el documento había una sección donde se describían las prioridades para la acción y en la que estaban recogidas la mayoría de las inquietudes y las prioridades mencionadas por los delegados. Aun así, al revisar el documento para el Consejo Directivo, la Oficina se comprometía a fortalecer esa sección, incorporando las sugerencias del Comité. La oradora señaló que uno de los principales retos que la Organización estaba tratando de abordar mediante el enfoque de salud familiar era cómo mantener las ganancias de salud logradas en el pasado y, al mismo tiempo, atender a los problemas de salud aún no resueltos que había mencionado en su ponencia. Para la OPS, el medio más eficaz de

afrontar ese reto era mediante el enfoque integrado del ciclo de vida, que permitiría satisfacer las necesidades de grupos particularmente vulnerables y, al mismo tiempo, mantener la continuidad en la aplicación de intervenciones de prevención de enfermedades y de promoción de la salud dirigidas a todos los miembros de la población en todas las etapas de su vida.

138. A solicitud de la Dra. Tambini, el Dr. Armando Peruga (Asesor Regional en Prevención y Control del Abuso de Sustancias Psicotrópicas, OPS) contestó a la pregunta sobre la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes, que era una iniciativa conjunta de la OPS/OMS y varios asociados, entre ellos los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos y la Asociación de Salud Pública del Canadá. El funcionario explicó que se estaba ultimando la primera ronda de recopilación de datos, y a finales de año los datos sobre el consumo de tabaco por los jóvenes estarían a la disposición de todos los países de la Región. También se tenían ya los datos de tendencia de siete países, que correspondían a la segunda ronda de la encuesta y se analizarían en un taller programado para finales de noviembre de 2003, con miras a emplearlos para formular políticas concretas.

139. La Directora señaló que en los veinte años anteriores la Organización había aplicado un enfoque de programas verticales dirigidos a grupos de población específicos, entre otros: niños, adolescentes, madres, personas de edad. Si bien esos programas tenían muchos puntos fuertes, también tenían puntos flacos. Lo que la OPS estaba proponiendo en ese momento, a petición de los países y basándose en sus experiencias, era un enfoque integrado que se centraba en la familia en su totalidad y que pretendía evitar los puntos flacos de los programas verticales pero aprovechar sus puntos fuertes. El enfoque centrado en la familia reflejaba el nexo, destacado en la estrategia de gestión de la Oficina, entre la atención primaria de salud, la promoción de la salud y la ciudadanía, por ser la familia el entorno donde se formaban los ciudadanos futuros. La OPS consideraba el enfoque de salud familiar una prolongación del concepto de los entornos propicios y saludables destacados en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, del cual había surgido el movimiento de ciudades sanas y otras iniciativas para crear ambientes que fueran conducentes a la salud. La familia era el más básico de los entornos y el que tenía el mayor efecto sobre la salud y el desarrollo de los individuos. No obstante, la OPS reconocía que era importante promover la salud en una variedad de ambientes (escuelas y lugares de trabajo, por ejemplo), ya que, como el Comité había observado, no todos pertenecían a una unidad familiar. Sólo si se actuaba de esa manera sería posible lograr la salud para todos.

140. El Comité Ejecutivo no consideró necesario aprobar una resolución sobre este tema. Sin embargo, considerando la importancia otorgada al tema de la salud familiar por los Estados Miembros y teniendo presente que este sería tratado por la Asamblea

Mundial de la Salud en 2004, el Comité solicitó que se incluyera en el orden del día del 44.º Consejo Directivo.

***Globalización y salud (documento CE 132/15)***

141. El Dr. César Vieira (Gerente interino, Área de Gobernanza y Políticas, OPS) resumió el contenido del documento CE 132/15, y señaló que en su elaboración habían tomado parte funcionarios de varias unidades de la OPS. Agregó que el documento reflejaba también las experiencias regionales y de país. Informó que luego de la reunión del Subcomité de Planificación y Programación, realizada en marzo, el documento se había modificado substancialmente de acuerdo con las acertadas sugerencias formuladas por el Subcomité para mejorarlo.

142. El documento empezaba con el análisis de algunas de las repercusiones que tiene la globalización en la salud de la población. Algunas de estas repercusiones eran sumamente positivas; por ejemplo, mayor acceso a productos saludables a precios más bajos; pero otras —como un mayor consumo de alimentos no saludables, el tráfico de drogas ilícitas, y mayores probabilidades de propagación de enfermedades como el SIDA y el síndrome respiratorio agudo grave (SRAG)— eran negativas. El Comité había considerado varios ejemplos más de los vínculos que hay entre la globalización y la salud de la población, principalmente en relación con la RIMSA y con el punto acerca del régimen alimentario, nutrición y actividad física.

143. A continuación, en el documento se examinaba el efecto de la globalización sobre el comercio de los servicios de salud y se identificaban cuatro formas principales de ese intercambio comercial, a saber: prestación de servicios transfronterizos, movimiento de pacientes, presencia comercial de empresas extranjeras de servicios sanitarios y emigración de profesionales de salud. Luego, se analizaban los casos especiales de los medicamentos y los equipos médicos, que ilustraban varias de las cuestiones que rodean al comercio internacional de bienes y servicios de salud. Un ejemplo era el surgimiento del concepto de la salud y los bienes y servicios relacionados con la salud como bienes públicos mundiales. Un resultado sumamente positivo del debate acerca de cómo facilitar el acceso a los bienes públicos mundiales había sido la creación del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Otro era la Declaración de Doha acerca del acuerdo sobre aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio (ADPIC) y la salud pública, que afirmaba que el Acuerdo sobre los ADPIC de la Organización Mundial del Comercio debería interpretarse y ejecutarse de tal forma que protegiera la salud pública y promoviera el acceso a los medicamentos para todos. La Declaración de Doha constituía un reconocimiento por la comunidad internacional de que las inquietudes sobre la salud pública debían tomarse en cuenta al debatir los temas del comercio internacional.

144. Por último, en el documento se abordaba la cooperación técnica de la OPS en el ámbito de la globalización y la salud. Esa cooperación estaba orientada por varios acuerdos firmados por los países a los niveles mundial, regional y subregional. A nivel mundial, los principales acuerdos eran el Acuerdo sobre los ADPIC, el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (GATS), el Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT) y el Acuerdo sobre la Aplicación de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias (SPS). A nivel regional, las pautas más importantes eran las emanadas de las negociaciones para el establecimiento del Área de Libre Comercio de las Américas (ALCA). Los diversos grupos subregionales —el Mercado Común del Sur (MERCOSUR), el Mercado Común del Caribe (CARICOM) y otros— también estaban negociando acuerdos sobre cuestiones relacionadas con la salud. La OPS estaba apoyando la participación del sector de la salud en esas negociaciones subregionales, y también había apoyado las negociaciones bilaterales —por ejemplo entre México y los Estados Unidos— acerca de temas relacionados con la salud y el comercio.

145. Las áreas propuestas para la cooperación técnica de la OPS eran la realización de estudios de evaluación de las repercusiones para determinar las posibles consecuencias para la salud pública de las decisiones comerciales; facilitar la colaboración entre los sectores de la salud y el comercio para la formulación de normas comerciales desde una perspectiva sanitaria y para el establecimiento de aranceles y precios que tuviesen en cuenta su pertinencia para la salud; crear bases de datos acerca del comercio de bienes y servicios relacionados con la salud; e incorporar las perspectivas de la salud en las negociaciones comerciales y las estrategias para el desarrollo. Se pidió al Comité Ejecutivo que formulara comentarios acerca de la mejor forma en que la OPS podría ayudar a los Estados Miembros a aumentar al máximo las repercusiones positivas y reducir al mínimo las repercusiones negativas de la globalización.

146. El Presidente del Subcomité de Planificación y Programación informó de que este había debatido el punto en una reunión conjunta con el Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, en marzo de 2003. Se habían presentado cinco ponencias sobre diversos aspectos de la globalización y su relación con la salud. El Subcomité consideraba que el documento y las ponencias presentaban un resumen claro de las cuestiones en torno a la globalización y la salud y servirían para iniciar un debate acerca de la forma en que la OPS podía abordar mejor los efectos de la globalización sobre la salud. Sin embargo, el Delegado de los Estados Unidos opinaba que el documento daba una impresión sesgada y negativa del intercambio comercial y económico; además, recomendaba que la OPS tomara medidas que iban mucho más allá de su mandato y competencia. Por lo tanto, había instado a la OPS a elaborar un método más orientado a la salud pública para la prestación de su cooperación técnica en esta esfera y a concentrarse en ayudar a los Estados Miembros a abordar problemas no comerciales, tales como la adquisición y distribución de las medicinas necesarias, de conformidad con las normas comerciales liberalizadas.

147. Otro delegado había sugerido que, en la siguiente versión del documento, el concepto de globalización debería operacionalizarse, en el sentido de que la tarea no debería ser definir la globalización sino determinar los elementos concretos del tema que debían tratarse desde el punto de vista de las repercusiones sobre la salud y los sistemas de salud. Se había insistido en que la Organización debería tratar de ver los temas relacionados con la globalización y la salud desde una perspectiva de género. La Presidenta del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo había señalado que el documento no parecía incluir mucho debate acerca de las necesidades concretas de los grupos vulnerables, principalmente de las mujeres. Ella había hecho hincapié en que la función de la OPS y de la OMS debería ser la de identificar cuáles eran los efectos positivos y negativos sobre la salud de los convenios comerciales que se estaban negociando en los ámbitos mundial y regional, prestando particular atención a su posible repercusión sobre las poblaciones más vulnerables.

148. El SPP había alentado a la OPS a proseguir la investigación relativa a los vínculos entre salud y comercio, lo que le permitiría ofrecer maneras prácticas para que los representantes del sector sanitario pudieran participar en las negociaciones o los debates de la política comercial. La coherencia en las políticas comerciales entre los ministerios encargados del comercio y los encargados de la salud se habían considerado esenciales para lograr resultados favorables de la globalización. El Subcomité había considerado que el apoyo a la formulación de políticas era otra función importante para la OPS.

149. Durante el debate del punto en el Comité Ejecutivo, algunos delegados expresaron satisfacción con las modificaciones que se habían hecho en el documento en respuesta a las sugerencias del Subcomité. No obstante, el Delegado de los Estados Unidos dijo que su delegación seguía descontenta con el documento y que consideraba que no debería presentarse al Comité Ejecutivo sin que se efectuaran cambios importantes. Tal como estaba redactado en ese momento, carecía de pruebas para sustentar muchas de las afirmaciones que se hacían, en particular la sugerencia de que la globalización, por sí sola, había generado mayores disparidades en el acceso de varios grupos a la atención de salud o la de que la globalización era la causa de las desigualdades en el ingreso. Afirmaciones de ese tipo pasaban por alto 500 años de historia de la Región. La desigualdad en el ingreso y la falta de acceso a los servicios no eran de ninguna manera problemas nuevos en el continente americano, y no podían atribuirse a lo ocurrido en los últimos diez o veinte años. Si bien era cierto que esos problemas tal vez se habían observado con mayor atención recientemente, como resultado de los avances en las comunicaciones y el transporte mundiales, en realidad, eso era positivo. La sugerencia de que la globalización era un fenómeno nuevo en la Región también era un error. El continente americano había sido una de las regiones más globalizadas del mundo y desde hacía mucho tiempo se había beneficiado de los intercambios entre distintas regiones y poblaciones. En el documento no se reconocía que ese intercambio podía, en realidad,

tener un efecto neto positivo, al dar a los consumidores de los diferentes países un mayor, no menor, acceso a una gama más amplia de bienes y servicios de salud.

150. En opinión de su Delegación, continuó el orador, otra falla grave del documento era su afirmación de que la OPS tenía una función especial en las negociaciones comerciales o en el monitoreo de los acuerdos comerciales. Si bien Estados Unidos creía que la OPS debía ayudar a los gobiernos a abordar los aspectos no comerciales de la globalización que tienen relación con la salud pública, la Organización no tenía mandato para pronunciarse en cuestiones comerciales. Si la OPS deseaba analizar más a fondo el tema de la globalización y la salud, en opinión de su Delegación, debería consultar directamente con los Estados Miembros para conocer sus puntos de vista. Una forma de hacerlo podría ser mediante la convocatoria de un grupo pequeño de representantes gubernamentales de diversos sectores.

151. Otros delegados opinaron que el documento había mejorado con respecto a la versión anterior examinada por el SPP y que serviría para ayudar a determinar en qué forma la OPS podría ayudar mejor a los Estados Miembros a manejar los efectos de la globalización sobre la salud de sus poblaciones. Se expresó apoyo para las líneas de trabajo propuestas, aunque se percibió que, antes de llevar a la práctica el trabajo necesario, deberían definirse más claramente los elementos concretos de la globalización en los que se concentraría la Organización desde el punto de vista del impacto sobre la salud y los sistemas de salud. También se necesitaba un plan para poner en funcionamiento las líneas de acción.

152. Se sugirió que una forma en la cual la Organización podía ser especialmente útil sería asesorar a los países para establecer normas y consolidar sus sistemas reglamentarios con miras a velar por la calidad de los bienes y servicios sanitarios que se importan. Otras esferas en las que, según los delegados, la cooperación técnica de la OPS sería adecuada eran la formación y el adiestramiento de profesionales de salud, el desplazamiento de profesionales de salud entre los países, la armonización de las normas científicas y técnicas, y la adquisición y distribución de medicamentos. En relación con esto último, se señaló que el documento sugería erróneamente que el propósito del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria era promover la investigación relativa a los medicamentos para tratar las enfermedades relegadas a segundo plano, además de apoyar su disponibilidad. La investigación nunca había sido parte del propósito del Fondo Mundial, y si bien aumentar la disponibilidad de medicamentos podría ser uno de los resultados de las inversiones del Fondo, no era su única finalidad.

153. Los delegados señalaron que el tema de la globalización y la salud se había abordado en la reciente Asamblea Mundial de la Salud, que había adoptado una resolución cuidadosamente negociada que estipulaba el alcance de la labor de la OMS y

sus oficinas regionales en este ámbito. Se hizo hincapié en que el trabajo de la OPS debería ser congruente con el mandato que los Estados Miembros habían establecido para la Organización en conjunto, en materia de asuntos comerciales. También se recalcó la necesidad de evitar superposición de funciones y duplicación de las actividades de la OMS. Por ejemplo, en relación con la evaluación del impacto sobre la salud —una de las líneas de acción mencionadas en el documento— se indicó que la OMS había elaborado un marco para analizar la forma en que la globalización repercutía en la salud y para encontrar respuestas apropiadas en materia de políticas nacionales. Ese modelo podía suministrar una base útil para que la OPS estableciera sus actividades, a la vez que se evitaba la duplicación del trabajo ya emprendido.

154. El Delegado del Canadá informó de que muchos de los temas abordados en el documento serían objeto de debate en una próxima conferencia, que se realizaría del 9 al 11 de julio de 2003 en Ottawa, bajo el auspicio conjunto de la OMS y Salud Canadá, y se concentraría en el comercio de los servicios de salud de conformidad con el GATS. Uno de los temas que se examinaría sería la necesidad de la coherencia de las políticas entre los ministerios de salud y de comercio, que según el Canadá, eran fundamentales para lograr buenos resultados en materia de atención de salud en el contexto de los acuerdos comerciales.

155. El Dr. Vieira agradeció al Comité sus comentarios y sugerencias, que serían de gran utilidad para perfeccionar el método aplicado por la OPS a la cooperación técnica con relación a la globalización y la salud. En respuesta a algunos de los comentarios concretos acerca del documento, aclaró que la Oficina no había querido decir que la globalización por sí sola era causante de las inequidades existentes en la Región de las Américas, sino que había pruebas de que, al menos en la etapa actual, los beneficios de la globalización no se estaban distribuyendo equitativamente, especialmente en América Latina. Estaban favoreciendo a unos grupos más que a otros, y en muchos casos las brechas en cuanto a la equidad entre grupos se estaban ampliando.

156. Aseguró al Comité que la Oficina tenía toda la intención de coordinar sus actividades con la sede de la OMS para evitar “volver a inventar la rueda”. La OPS estaría utilizando varios de los instrumentos que había elaborado antes la OMS o la Oficina Regional para Europa. El instrumento para la evaluación de las repercusiones, mencionado por el Comité, era apenas un ejemplo.

157. A su modo de ver, la idea de convocar un grupo de trabajo de representantes gubernamentales de diferentes sectores era muy interesante. Una reunión de este tipo haría posible el diálogo entre las autoridades sanitarias y sus contrapartes del sector comercial, que para la OPS era esencial. Eso ayudaría, como bien lo había sugerido el Delegado de los Estados Unidos, a aclarar los puntos de vista de los Estados Miembros acerca de los temas tratados en el documento y en los debates del Comité.

158. La Directora señaló que uno de los efectos más importantes de la globalización desde el punto de vista de la salud pública había sido que ponía de relieve la interdependencia de todos los habitantes del planeta. Había quedado muy claro que, en verdad, la Tierra era una aldea mundial. Pero lo más notable quizás fuese que la globalización había hecho que la gente tomara conciencia de la relación tan cercana entre la salud y el medio ambiente, y que eso, a su vez, había aumentado la importancia de la salud pública en las iniciativas internacionales.

159. Estuvo de acuerdo en que sería muy útil realizar una consulta con los Estados Miembros para recibir orientación acerca de la forma en que la OPS debería abordar el tema de la globalización desde el punto de vista de la salud pública y cuál sería la mejor forma de llevar a la práctica el marco de referencia que aportaban las decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud, para adaptarlo a la labor de la OPS en la Región. En ese sentido, señaló que la Oficina no había incluido el punto relativo a globalización y salud en el orden del día provisional para el Consejo Directivo precisamente porque se esperaba el resultado de los debates durante la Asamblea Mundial de la Salud. El tema se incluiría en el informe presentado por el presidente del Comité Ejecutivo, pero el Consejo Directivo no lo consideraría como un punto separado del orden del día.

160. La Directora opinó que la colaboración de la OPS con los países podía ser muy valiosa para abordar las grandes dificultades en materia de salud pública asociadas con la globalización y para aumentar al máximo sus beneficios para los pueblos de la Región. La Organización había adquirido mucha experiencia tanto a nivel nacional como subregional. A nivel nacional, como había dicho el Dr. Vieira, la OPS había procurado, por encima de todo, fomentar el diálogo entre los ministros de salud y los de comercio, relaciones exteriores, agricultura y ganadería, hacienda y otros sectores interesados en las negociaciones comerciales. En el ámbito subregional, había trabajado durante varios años con los diferentes grupos comerciales de las subregiones para velar por que las inquietudes relativas a la salud recibieran la atención que merecían; por otra parte, la OPS había actuado como secretaria de varios comités relacionados con la salud creados en el marco de dichos grupos. Tal como lo había señalado durante la sesión de marzo del Subcomité de Planificación y Programación, la OPS había emprendido también un proyecto para armonizar la legislación en materia de alimentos en la Región, lo que había aportado información importante para las actividades mundiales de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) en esa esfera.

161. El Comité Ejecutivo consideró que no era necesario aprobar una resolución sobre este punto. No obstante, se acordó que la OPS debía seguir apoyando a los Estados Miembros a evaluar y gestionar los efectos de la globalización y el comercio sobre la salud mediante el diálogo, la coherencia en materia de políticas y la cooperación entre los ministerios de salud, comercio y otros sectores interesados. Debería consultarse a los Estados Miembros acerca de asuntos y actividades concretos de la OPS en relación con la



globalización y el comercio en los planos nacional, subregional y regional, de acuerdo con las decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud y en estrecha coordinación con la OMS.

***Grupo étnico y salud (Documento CE132/16)***

162. La Dra. Cristina Torres (Jefa interina, Unidad de Políticas, Cuerpos Directivos y Desarrollo Institucional, OPS) explicó que el punto había surgido del Plan Estratégico para 2003-2007, que instaba a la Oficina a “trabajar con los países para identificar los grupos para quienes las desigualdades en los resultados de la salud o en el acceso relacionado con los servicios puede abordarse con intervenciones accesibles y eficaces en función de los costos”. En 2001, un mandato nuevo había emanado de la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, ya que en su documento final se había instado a “la OMS y otros organismos internacionales pertinentes a promover y emprender actividades para reconocer las repercusiones del racismo, la discriminación racial, la xenofobia y otras intolerancias conexas como factores determinantes sociales importantes del estado de salud físico y mental”. Por otra parte, la Declaración de las Naciones Unidas para el Milenio había hecho un llamamiento a la consolidación del respeto por los derechos humanos, entre otros los derechos de las minorías, y por que se tomaran medidas contra los actos de racismo y xenofobia.

163. Había consenso en la comunidad científica acerca de que las diferencias entre los seres humanos no tenían fundamentos biológicos ni genéticos sino, por el contrario, eran el resultado de factores sociales, políticos y culturales. Al ampliar las definiciones de algunos de los conceptos utilizados en el documento, señaló que los refugiados y las personas desplazadas muy a menudo tenían las mismas características étnicas, y por lo tanto podían considerarse como una categoría más de grupo étnico. La Dra. Torres indicó que la realidad demográfica de la Región de las Américas era compleja. La población incluía a grupos con orígenes muy diferentes, que variaban ampliamente en tamaño y representaban diferentes porcentajes de las poblaciones totales de los países. Casi todos los países de la Región tenían grupos tanto de pueblos autóctonos como de descendientes de africanos. Dichos grupos constituían “minorías” no solamente debido a su tamaño relativo sino debido a su alto grado de vulnerabilidad y exclusión social. Mientras que, según cifras de la CEPAL, 43% de la población de la Región considerada en conjunto vivía por debajo de la línea de pobreza, todo los estudios realizados revelaban que en las minorías étnicas —tanto pueblos autóctonos como descendientes de africanos— predominaban las condiciones de pobreza. También era digno de mención que el ingreso promedio de las minorías de los Estados Unidos era más bajo que el de la población blanca, lo que revelaba que la disparidad no estaba limitada a los países en desarrollo.

164. Volviendo a la cuestión concreta de la salud, la funcionaria dijo que los estudios basados en las mediciones tradicionales, tales como la mortalidad infantil, revelaban que los miembros de minorías étnicas mostraban de manera constante peores indicadores de salud. Eso podía utilizarse para cuantificar su grado de exclusión social; por ejemplo, un estudio de Brasil demostraba que los hijos de mujeres de ascendencia africana con ocho o más años de escolaridad tenían la misma tasa de mortalidad que los niños de mujeres blancas que no tenían ningún año de escolaridad. De igual manera, en 1950, la esperanza de vida de los adultos brasileños de ascendencia africana había sido siete años menor que la de los brasileños blancos. En 1990, la esperanza de vida de ambos grupos había aumentado, pero continuaba la disparidad de siete años. El grado en que la gente utilizaba los servicios de salud, y con cuánta prontitud lo hacía después del comienzo de un problema médico, también variaba considerablemente según el origen étnico, y las diferencias no podían explicarse sencillamente por la pobreza: los mismos modelos de comportamiento podían observarse aun en grupos étnicos minoritarios de ingresos altos.

165. En su búsqueda de características de programas que ofrecieran la posibilidad de reducir verdaderamente esas inequidades, la OPS había determinado que la información precisa obtenida de estadísticas y censos era fundamental. Doce países de la Región habían incluido la variable de grupo étnico en su censo nacional de 2000, además de cuatro países que lo habían hecho anteriormente, y uno más que había decidido hacerlo en el próximo censo. No obstante, todavía quedaba mucho trabajo por hacer en cuanto a incorporar la variable de grupo étnico en las estadísticas de salud y en los sistemas de información sanitaria. Algunos países ya habían hecho algunos progresos, por ejemplo, desglosando sus estadísticas de mortalidad por grupo étnico. Este tipo de cambios iba a exigir el adiestramiento del personal que se ocupaba de las estadísticas y la información. Los ámbitos fundamentales que requerían atención en la Región —resumidos de acuerdo con los comentarios del Subcomité de Planificación y Programación— eran la elaboración de indicadores que tomaran en cuenta las necesidades de los grupos étnicos para vigilar el progreso hacia el logro de los objetivos de desarrollo del milenio; introducción de la variable de grupo étnico en las estadísticas nacionales; reformulación de las políticas, planes y programas de salud para que fueran más adecuados para los grupos étnicos; y fortalecimiento de los nexos con la sociedad civil para velar por la participación de la comunidad.

166. El presidente del Subcomité de Planificación y de Programación comunicó que, en el debate sobre este punto durante la reunión de marzo, el Subcomité había opinado que el documento representaba una contribución valiosa a la comprensión general de la situación de la salud de los pueblos indígenas y de los descendientes de africanos. Había hecho notar que los datos podían ser un instrumento valioso para la formulación de políticas y programas destinados a atender las necesidades especiales de los grupos étnicos y que la falta de información exacta era por sí sola una barrera al acceso equitativo. Los delegados, a su vez, habían señalado que el vínculo entre grupo étnico y

salud era complicado y que la interacción entre los elementos raciales y étnicos, los factores socioeconómicos y los niveles de educación no se habían entendido ni investigado adecuadamente. Por otra parte, hicieron notar que algunos grupos, como los emigrantes y los refugiados, podían trascender las líneas raciales y podían tener problemas insospechados para quienes estaban fuera de esos grupos, con lo cual la situación se tornaba todavía más compleja. El Subcomité había recalcado la importancia de desglosar los datos por grupo étnico como un primer paso para entender mejor la dinámica de la diversidad étnica, y cómo incidía esta en el acceso a los servicios sociales y sanitarios. El mejoramiento de la disponibilidad y la calidad de los datos sobre grupo étnico y salud se había considerado una función clave para la OPS.

167. El Subcomité también había indicado que ni en el documento ni en la ponencia se había abordado la necesidad de llevar los datos y la información a las poblaciones en cuestión, lo que les permitiría desempeñar una función activa en el diseño y la ejecución de soluciones que podrían ayudar a mejorar su estado de salud y sus resultados en cuanto a la salud, en lugar de que fueran beneficiarios pasivos de los servicios. Se había considerado esencial incluir a los grupos étnicos mismos en la formulación de indicadores y en su análisis, y de equilibrar la necesidad de mejorar la información desglosada por grupo étnico, por una parte, con el derecho de las personas a que no se divulguen sus datos personales, por la otra.

168. Varios delegados habían hecho notar que sus países, al igual que la OPS, durante años se habían concentrado especialmente en los grupos autóctonos, y se habían esforzado por que esa atención particular no disminuyera, ya que al hacerlo podría salir perjudicada la situación de salud de los pueblos autóctonos, que se encontraban entre los grupos más pobres y menos favorecidos de las Américas. En ese sentido, se había sugerido que, debido a que el año siguiente llegaba al final el Decenio Internacional de los Pueblos Autóctonos del Mundo, había que elaborar documentos para demostrar todo el progreso que había logrado la OPS en los últimos años para el mejoramiento de la situación de salud de esos pueblos a. En esos documentos se podrían también señalar problemas y formular recomendaciones para el siguiente paso de una labor tan importante.

169. El Comité Ejecutivo acogió con beneplácito la versión modificada del documento, y observó que en este se esbozaban con claridad los principales retos en materia de salud a los que debían hacer frente las poblaciones vulnerables de las Américas. Como podía constatarse en el documento, el grupo étnico era un factor constante que podía repercutir en forma negativa en las condiciones socioeconómicas, la educación, las oportunidades en general, y la salud. Solamente si se contaba con información detallada acerca de las condiciones de salud de las poblaciones marginadas sería posible efectuar los cambios necesarios para lograr un acceso equitativo.

170. El Comité veía con agrado que en el documento se recalca la importancia de desglosar las estadísticas nacionales por grupo étnico y cultura, aunque señaló también que, para poder satisfacer cabalmente las necesidades de vigilancia de los objetivos de desarrollo del milenio, había que desglosar los datos también por género. Además, se hizo notar la necesidad de contar con definiciones exactas de las variables étnicas y de impartir adiestramiento acerca de la mejor forma de incorporar esas variables en el trabajo estadístico. Varios delegados opinaron que, de las esferas prioritarias donde debían tomarse medidas, las más importantes eran sin duda alguna la elaboración de indicadores adecuados para captar las particularidades de los grupos étnicos con miras a vigilar el progreso hacia el logro de los objetivos de desarrollo del milenio y la introducción de la variable de grupo étnico en las estadísticas nacionales. También se subrayó la necesidad de utilizar indicadores para evaluar las repercusiones de las actividades de la OPS en esta esfera.

171. La Delegada del Canadá recordó que, en la reunión del Subcomité de Planificación y Programación, su delegación había dicho que si bien apoyaba la mayor atención que se estaba prestando a los grupos étnicos y a otras poblaciones vulnerables, había insistido en que eso no debería disminuir la importancia de abordar las necesidades en materia de salud, singulares y urgentes, de los pueblos autóctonos americanos. Sin embargo, en el documento modificado no se distinguían con claridad las actividades planificadas atinentes a la salud y los grupos étnicos y el trabajo en curso como parte de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Para el Canadá era fundamental que la importancia de la información relativa al acceso a los servicios necesarios para las poblaciones indígenas no se olvidara ni relegara a segundo plano.

172. El Delegado de Jamaica señaló que la OPS, quizá porque se trataba de una organización dedicada a la salud, estaba adoptando una perspectiva muy limitada acerca del problema de los grupos indígenas y la salud. La realidad era que las minorías habían estado sometidas a un grado muy alto de prejuicios y falta de oportunidades económicas. Hablar de salud sin abordar también esos factores sería pasar por alto el problema principal, y por ende, el documento tenía que ser reforzado en ese sentido.

173. Varias delegaciones expusieron información acerca de trabajos que se estaban realizando en sus países para abordar las necesidades de salud de las minorías étnicas y para recopilar información desglosada por origen étnico.

174. La Dra. Torres agradeció a los delegados sus comentarios y sugerencias, que a su modo de ver iban a ser muy útiles para el trabajo futuro. Agregó que sí iba a ser posible agregar la variable de género en los datos recopilados y en las actividades de la OPS en esta esfera.

175. En respuesta al comentario de la Delegada del Canadá, explicó la Dra. Torres que el trabajo que se estaba haciendo como parte de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas estaba destinado concretamente a las poblaciones indígenas, mientras que el trabajo acerca de los grupos étnicos exigiría un enfoque más integral. Por ende, no había contradicciones entre los dos conjuntos de actividades.

176. En relación con el adiestramiento para los profesionales de la estadística, dijo que las representaciones de la OPS/OMS en los países estaban preparadas para brindar el apoyo necesario a nivel nacional. Además, se habían sostenido conversaciones con el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano en relación con el apoyo a nivel regional.

177. Con respecto a la pregunta de la evaluación de las repercusiones, señaló que la actividad en el ámbito de grupos étnicos y salud era un área de trabajo relativamente nueva para la Oficina. Por lo tanto, las iniciativas hasta ahora se habían concentrado en determinar quiénes serían los asociados y las formas de trabajar en coordinación con otras instituciones, entre ellas, organismos de las Naciones Unidas y entidades de financiamiento. Estas actividades habían resultado bastante fructíferas ya que se había logrado la coordinación con el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y la Fundación Ford, además de la cooperación con organizaciones de la sociedad civil que trabajaban en la esfera de grupos étnicos y salud. Sin embargo, haría falta algún tiempo antes de que pudiera medirse la repercusión de estas actividades en la salud de los grupos étnicos. Más aún, la medición de la repercusión dependía de la generación de información estadística de calidad. Suponiendo que se contara con la información, tal vez sería posible empezar a medir las repercusiones dentro de unos 5 a 10 años.

178. Aclaró la Dra. Torres que la inclusión de los emigrantes, refugiados y personas desplazadas como parte de los grupos étnicos había sido una sugerencia del Subcomité de Planificación y Programación. No todos los emigrantes o personas desplazadas formaban un grupo étnico, pero muchos de ellos sí lo formaban, ya que tenían una historia, un idioma y una cultura comunes.

179. La Directora consideró que el Comité había dado opiniones valiosas acerca de las prioridades en las que debía concentrarse la OPS; en particular, el perfeccionamiento de los sistemas de información y la elaboración de indicadores adecuados para captar las particularidades étnicas. La Organización continuaría su labor de identificar las disparidades en salud basadas en el grupo étnico, lo que haría posible abordar los factores, entre ellos la discriminación, mencionada por el delegado de Jamaica, que habían conducido a tales disparidades.

180. El Comité Ejecutivo no consideró necesario aprobar una resolución sobre este punto. No obstante, se acordó que la OPS debía apoyar a los Estados Miembros en el

desglose de las estadísticas nacionales y de salud por grupo étnico a fin de determinar la existencia de disparidades sanitarias de origen étnico y vigilar el progreso hacia la consecución de los objetivos de desarrollo del milenio. También se debería apoyar la formulación de políticas sanitarias con sensibilidad étnica que abordasen los determinantes de esas disparidades que tuvieran un carácter discriminatorio. La adopción de un criterio más amplio con respecto al grupo étnico y la salud debería sacar provecho de la experiencia de la OPS con la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Los logros y las recomendaciones a propósito de esta se darían a conocer dentro de un año al finalizar el Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo.

***Mantenimiento de los programas de vacunación (Documento CE132/17)***

181. El Dr. Héctor Izurieta (Jefe interino, Unidad de Inmunizaciones, OPS) presentó el documento CE132/17, en el cual se describían los retos que se planteaban al mantenimiento y la ampliación de los programas de vacunación y se proponían algunas opciones para proteger las inversiones hechas en materia de inmunización. El programa regional de inmunización había ayudado a los Estados Miembros a reducir la morbilidad y la mortalidad ocasionadas por las enfermedades prevenibles por vacunación, había permitido a los países ser autosuficientes en la compras de vacunas, había aumentado la producción de vacunas a nivel regional, había mejorado los servicios de inmunización y aumentado la equidad, por medio de una elevada cobertura (95% o más). También había trabajado por conducto de asociaciones regionales para hacer el seguimiento del progreso y para aportar otros recursos y cooperación técnica, y en ese momento el programa estaba empezando a vigilar enfermedades que, en el futuro, podrían ser prevenibles por vacunación, como las infecciones por rotavirus.

182. El enfoque del programa regional había resultado muy positivo, como se observaba en los resultados obtenidos en el control y la erradicación de las enfermedades prevenibles por vacunación. Desde 1991, el poliovirus salvaje había dejado de circular en las Américas. Hasta la fecha, no había habido más de 150 casos de tétanos neonatal en la Región. De manera análoga, se había registrado una drástica reducción de los casos de rubéola y de síndrome de rubéola congénita, desde que se había iniciado el control acelerado de la rubéola en 1998. Desde que había finalizado el brote de sarampión en Haití, en septiembre de 2001, no había ocurrido transmisión del virus D6 del sarampión en ninguna parte del continente americano. En septiembre de 2001, aunque un nuevo genotipo, el virus d9, se había propagado de Venezuela a Colombia, las medidas inmediatas tomadas por los dos países y la OPS habían logrado interrumpir la transmisión en noviembre de 2002. De allí que se consideraba factible erradicar el sarampión de la Región en un plazo relativamente corto.

183. La Unidad de Inmunizaciones había ayudado a los países a lograr una cobertura de vacunación superior a 90%, de todos los niños menores de 1 año para la mayoría de las

enfermedades prevenibles por vacunación. Esta cifra resultaba alentadora, pero no era suficiente: casi la mitad de los municipios de la Región todavía no habían alcanzado una cobertura de 95%, lo que significaba que más de 5 millones de niños todavía no estaban protegidos. En junio de 2003, se había lanzado una nueva iniciativa, la Semana de Vacunación de las Américas, que había resultado de los esfuerzos combinados de la Unidad de Inmunización y del Área de Información Pública de la OPS. Para el año 2004 se había propuesto ampliar la Semana a todos los países de las Américas y a otros países situados fuera de la Región, como España.

184. La meta era que los programas nacionales logaran la equidad en la inmunización en todos los municipios, con una introducción sostenible de las vacunas nuevas. Sin embargo, como resultado de la crisis económica, las fluctuaciones en la asignación de recursos para los servicios de inmunización estaban obstaculizando la buena marcha de los programas en algunos países, ya que los fondos apenas alcanzaban para cubrir el costo de los productos biológicos y las jeringas, pero se invertía muy poco en supervisión, evaluación y adiestramiento. Otros problemas eran la repercusión de una gestión desigual de la reforma y la descentralización sanitarias, con lo cual los programas de inmunización presentaban fallas en los aspectos técnicos, gerenciales y financieros, especialmente a nivel local; puntos débiles en la gestión de los recursos financieros y humanos en todos los niveles; carencia de capacidad local para obtener información epidemiológica de calidad; debilidad en la administración local de los servicios de inmunización y en la vigilancia; y falta de microplanificación, lo que era indispensable a nivel local.

185. Con miras a salvaguardar los logros de los programas nacionales de vacunación, se planteaba la necesidad de defender la causa ante los ministerios de hacienda para proteger el presupuesto destinado a la inmunización; mejorar las capacidades de gestión en el ámbito local por medio del adiestramiento; mejorar el acceso a los servicios de inmunización; fomentar la participación social y aumentar la demanda de servicios de vacunación; y consolidar las alianzas y las asociaciones estratégicas. Era necesario estudiar las actividades que podrían realizarse junto con el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, los ministerios de salud y los ministerios de hacienda, a objeto de crear mecanismos de financiamiento como parte de los presupuestos públicos para los programas de inmunización. Otras necesidades eran la de velar por que la reforma y la descentralización del sector de la salud, que estaban en marcha, salvaguardaran los logros alcanzados en la esfera de la inmunización; apoyar la realización de la semana regional de vacunación todos los años, destinada a los grupos de alto riesgo y a las poblaciones subatendidas; mantener a la Región libre del sarampión autóctono por medio de una elevada cobertura de vacunación, la vigilancia oportuna y la investigación de brotes; preconizar que todos los Estados Miembros mantuvieran, de manera uniforme, una elevada cobertura de vacunación a

nivel local; y formular, en el lapso de un año, planes nacionales de acción en apoyo de la eliminación de la rubéola y del síndrome de la rubéola congénita en el año 2010.

186. El Comité Ejecutivo expresó su apoyo firme a las actividades de la OPS destinadas a aumentar los niveles regionales de vacunación e instó a la Organización a continuar asignando al programa regional de inmunización la prioridad y la visibilidad que merecía por sus numerosos logros. Se señaló que una de las principales limitaciones del programa regional era el personal, especialmente a nivel local, por lo que se instaba a la OPS a aportar los recursos humanos necesarios para tomar las medidas propuestas. El Comité elogió la importancia que el documento asignaba a alcanzar el compromiso político de más alto nivel para apoyar a los programas nacionales de vacunación, así como su insistencia en la necesidad de garantizar el financiamiento de los servicios de inmunización en cada uno de los Estados Miembros. Se había considerado esencial hacer que los ministerios de hacienda conocieran las consecuencias de interrumpir la vacunación y de no introducir vacunas nuevas. Se puso de relieve el valor que tenía la semana de vacunación anual en toda la Región, y varios países que no habían participado en la Semana de Vacunación de las Américas de 2003 se comprometieron a hacerlo el año próximo.

187. El Comité puso de relieve que la interrupción de la transmisión del sarampión en la Región constituía un logro notable y alentó a la OPS a tomar las medidas necesarias para divulgar este avance y velar por que se mantuviera. Se indicó que la resolución adoptada recientemente por la Asamblea Mundial de la Salud atinente a la reducción de la morbilidad y la mortalidad por sarampión iba a ser un aliciente para sostener las iniciativas regionales en esta esfera. Los delegados recalcaron la necesidad de mantener una vigilancia de laboratorio de alta calidad para la parálisis flácida aguda y de alcanzar niveles altos de inmunidad de la población contra la poliomielitis, a objeto de que la Región se mantuviera sin casos de esta enfermedad hasta su erradicación a nivel mundial.

188. Varios delegados informaron acerca de las campañas de vacunación que se estaban realizando en sus respectivos países, y describieron tanto las dificultades que debían superarse como los éxitos alcanzados. El Delegado de México suministró información acerca de las medidas que estaba tomando su gobierno en respuesta a un brote de sarampión ocurrido recientemente en su país, y agradeció a la OPS su colaboración en estas iniciativas.

189. La Delegada del Canadá elogió la labor de la OPS durante los 25 años de vida del Programa Ampliado de Inmunización, que había demostrado claramente que la inmunización es una intervención eficaz en función de los costos que había salvado millones de vidas anualmente. Canadá consideraba que la promoción de las vacunas pentavalentes era una medida importante que la OPS debía fomentar en el futuro. En



seguida, anunció muy complacida que el Programa Internacional de Inmunización del Canadá recientemente había asignado CAN\$8,5 millones durante un período de 5 años para ayudar a la OPS a aumentar la cobertura de inmunización en todos los Estados Miembros.

190. Varios delegados opinaron que la Región debería comprometerse a eliminar la rubéola y el síndrome de la rubéola congénita en el año 2010 y solicitaron al Comité que incluyera esa meta en la resolución que sería remitida al 44.º Consejo Directivo sobre este punto.

191. El Dr. Izurieta agradeció a los delegados sus comentarios positivos, en particular el recordatorio de que la vacunación dependía del personal a nivel local. La OPS consideraría formas para poder ayudar a los países en ese sentido. Felicitó al Paraguay por haber alcanzado 95% de cobertura, a pesar de los numerosos obstáculos que tuvo que superar su programa de vacunación. Ese logro demostraba un compromiso real con el valor de la inmunización. Felicitó también a Honduras por agregar la administración de vitamina A y ácido fólico durante su semana de vacunación. Con respecto a México, señaló que el trabajo intensivo de investigación de casos que estaba en curso probablemente iba a revelar grupos de niños no vacunados, lo que brindaría la oportunidad de protegerlos no sólo contra el brote actual sino también para el futuro. Agradeció al Canadá tanto su nueva contribución financiera como su apoyo firme en años pasados.

192. Con relación a la propuesta de que se presentara ante el Consejo Directivo un compromiso para eliminar la rubéola y el síndrome de la rubéola congénita, dijo que la OPS consideraba que la meta era ciertamente posible. En realidad, varios países ya la habían alcanzado.

193. La Directora dijo que uno de los temas más importantes destacados en el documento era el de la sostenibilidad y la importancia de continuar el diálogo con los ministerios de hacienda y con organismos afines, al objeto de lograr el apoyo financiero constante para las actividades de inmunización. Agregó que era importante mantener ante el público la idea de que las vacunas eran cruciales para la prevención de enfermedades, un derecho humano y un indicador de la salud de los niños. La adopción de una resolución acerca de este tema reforzaría el compromiso de la OPS para abordar, junto con el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y otras instituciones, las posibilidades de lograr la sostenibilidad de los programas nacionales de vacunación de importancia vital.

194. El Comité aprobó la resolución CE132.R7 acerca de este tema, por la cual se fijaba la meta de eliminación de la rubéola y del síndrome de la rubéola congénita en el año 2010.

***Contribución de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) al logro de los objetivos de desarrollo del milenio (documento CE132/18)***

195. El Dr. Yehuda Benguigui (Jefe interino, Unidad de Salud del Niño y del Adolescente) presentó este tema, observando que estaba estrechamente vinculado con otros dos temas tratados por el Comité en la 132.<sup>a</sup> sesión: la atención primaria de salud y la familia y la salud. Empezó por señalar que la mortalidad de los menores de 5 años en las Américas había disminuido en un tercio durante los años noventa, principalmente como resultado de las reducciones de la mortalidad por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas. Las estrategias del tratamiento estándar de casos y la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) habían contribuido enormemente a lograr esas reducciones. Lograr una disminución adicional para alcanzar la meta de reducir la mortalidad de menores de 5 años en dos tercios entre 1990 y 2015, como se establecía en los objetivos de desarrollo del milenio, requeriría un enfoque adaptado al perfil epidemiológico actual de la Región.

196. En términos generales, las enfermedades infecciosas representaban 28% de las defunciones de los niños menores de 5 años, y los trastornos que se originaban en el período perinatal representaban 40%. Sin embargo, las proporciones de las defunciones atribuibles a esas causas presentaban diferencias significativas entre los países y dentro de estos. En algunos países, las enfermedades infecciosas objeto de por la estrategia de AIEPI seguían causando una proporción considerable de la mortalidad en la niñez, mientras que otros causaban sólo un porcentaje pequeño. En este último grupo, las causas perinatales —y las neonatales en particular— representaban en ese momento una proporción más grande de las defunciones. En consecuencia, para lograr los objetivos de desarrollo del milenio con relación a la mortalidad en la niñez sería necesario emplear un enfoque combinado dirigido tanto a las enfermedades infecciosas como a las causas neonatales que causaban una proporción creciente de la mortalidad en los niños menores de 5 años en la Región. Al mismo tiempo, se precisaba mejorar la calidad de la atención de los niños, tanto en los servicios de salud como en las familias y las comunidades.

197. La OPS creía que la ampliación de la estrategia de AIEPI para incluir un componente neonatal permitiría abordar las causas principales de muerte en los niños menores de 5 años en la Región, y, de ese modo, lograr la meta fijada por el Cumbre del Milenio. La estrategia ampliada de AIEPI también incluiría otros componentes — por ejemplo, la promoción del crecimiento y el desarrollo sanos de los niños, así como la prevención y el tratamiento del asma, el maltrato de menores y otros problemas de salud— encaminados a mejorar la calidad de la atención y fomentar una equidad en materia de salud para los niños de la Región. Además de ampliar la estrategia de AIEPI, otras acciones propuestas eran: trazar el mapa epidemiológico para identificar los grupos más vulnerables de niños; movilizar la voluntad política y los recursos; establecer sociedades con las ONG que trabajaban en el campo de la salud del niño; empoderar a la

población para promover y proteger la salud del niño, y colaborar con instituciones de formación de los profesionales de la asistencia sanitaria para lograr que se capaciten en la estrategia ampliada de AIEPI.

198. Para llevar a cabo las acciones propuestas, se necesitarían aproximadamente \$10 millones de fondos extrapresupuestarios durante los próximos cinco años para complementar el financiamiento que ya se recibía para las actividades de la AIEPI por parte de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID), la Fundación de las Naciones Unidas y otras fuentes gubernamentales y no gubernamentales. La OPS proponía movilizar fondos de organismos bilaterales, organizaciones religiosas, organizaciones no gubernamentales, fundaciones caritativas y socios privados.

199. En el debate subsiguiente, el Comité Ejecutivo afirmó el valor de la AIEPI como una estrategia para mejorar la supervivencia infantil y la salud del niño, y apoyó la idea de ampliar la estrategia para incorporar un componente neonatal y abordar los problemas de salud del niño que tienen especial interés para los países americanos. La infección por el VIH/SIDA y el maltrato de menores se citaron como dos inquietudes de ese tipo. Se señaló, sin embargo, que el documento no explicaba claramente lo que quería decir "AIEPI ampliada", y se pidió a la Oficina en qué diferiría esta de la estrategia de AIEPI que estaba vigente. También se señaló que la AIEPI englobaba una variedad de estrategias y enfoques para mejorar la salud de los niños y que no debía verse como la única estrategia para lograr la salud del niño y las metas de supervivencia infantil fijadas por la Cumbre del Milenio.

200. La AIEPI se consideraba un instrumento eficaz para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria de los niños y evitar el desperdicio de oportunidades para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. En ese sentido, se aplaudió el énfasis que se ponía en el documento sobre la salud por encima de la enfermedad, así como el reconocimiento de la función de la familia en el mantenimiento de la salud del niño. El componente educativo de la AIEPI se consideraba uno de los aspectos más valiosos de la estrategia. Los delegados recalcaron la importancia de educar a las madres, y a otras personas que se encargaban de la atención de los niños menores de 5 años, en cómo promover el crecimiento y el desarrollo saludables de los niños y cómo tratar adecuadamente las enfermedades cuando ocurrían. Del mismo modo, se recalcó la importancia de colaborar con el sector educativo impartiendo educación sanitaria a los individuos y las familias.

201. Los delegados acogieron con beneplácito la idea de concentrarse en las poblaciones vulnerables y de alto riesgo que se describía en el documento. Se señaló que, para que dicho enfoque fuese eficaz, era imprescindible contar con información exacta. Se puso de relieve la necesidad de contar con buenos sistemas de vigilancia para

identificar a las poblaciones destinatarias y para seguir el progreso y evaluar los efectos de las intervenciones. A este respecto, un delegado recordó que la resolución CSP26.R10, aprobada por la Conferencia Sanitaria Panamericana en 2002, había solicitado el fortalecimiento y la promoción de mecanismos eficaces para la recopilación y el análisis de datos que permitieran el seguimiento y la evaluación de las acciones de salud concentradas en los lactantes y los niños, y pidió una actualización sobre el progreso logrado al respecto.

202. El Comité estuvo de acuerdo en que el adiestramiento de los trabajadores de salud para aplicar la estrategia de AIEPI era importante. Una delegada advirtió, sin embargo, que hacer que el adiestramiento en AIEPI fuese un requisito para la certificación de los médicos y otros profesionales de la salud, como se proponía en el documento, podría limitar las opciones de los países en el área de la salud infantil. Recalcó que para abordar las necesidades de salud de los niños se necesitaba un enfoque múltiple que utilizara una variedad de estrategias e intervenciones. Otro delegado señaló que era decisiva la capacitación de las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud rurales y otros trabajadores de salud no profesionales. La capacitación en AIEPI era especialmente importante para el personal técnico empleado por las ONG, que eran los principales proveedores de servicios de salud infantil en muchas comunidades.

203. El Dr. Benguigui estuvo de acuerdo en que la capacitación de los agentes de salud comunitaria y el personal de las ONG era esencial, dado que había aproximadamente medio millón de agentes de la comunidad que proporcionaban asistencia sanitaria infantil en toda la Región, y en algunos países había más de trescientas ONG que trabajaban en el campo de la salud infantil. La OPS estaba tratando de satisfacer esa necesidad de dos maneras: estaba colaborando con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en una iniciativa encaminada a estandarizar los servicios de asistencia sanitaria infantil que eran prestados por las ONG en los países y estaba trabajando para fortalecer la capacidad reglamentaria de los ministerios de salud para conseguir que las ONG estuvieran siguiendo los criterios y las normas establecidos por los gobiernos nacionales con respecto a la salud del niño. La Organización también estaba promoviendo la capacitación en AIEPI para las enfermeras, que se encargaron principalmente de supervisar las actividades de las auxiliares de enfermería y los agentes de salud comunitaria.

204. En respuesta a la pregunta acerca de la resolución CSP.R10, dijo que la OPS estaba participando en la evaluación multipaíses emprendida por la OMS de la eficacia, el costo y la repercusión de la AIEPI. Esa evaluación, actualmente en marcha en varios países americanos, tenía por finalidad determinar la repercusión y la eficacia en función de los costos de la AIEPI, así como las mejores maneras de poner en práctica las intervenciones de salud infantil.

205. Por lo que tocaba a la definición de “AIEPI ampliada”, el funcionario explicó que la propuesta de ampliar dicha estrategia provenía de la resolución CD41.R5 del Consejo Directivo (1999), por la cual se había pedido al Director que tomara medidas para adaptar la estrategia a las diferentes realidades epidemiológicas y operativas de los países, ampliando sus componentes e intervenciones para fortalecer su papel integrador de la atención del niño. La estrategia de AIEPI se había focalizado originalmente en cinco enfermedades que representaban la gran mayoría de las defunciones de niños menores de 5 años en muchas partes del mundo. Sin embargo, en la Región de las Américas, las causas neonatales eran en ese momento responsables de 40% de la mortalidad en la niñez, y varias enfermedades y problemas de salud diferentes de los inicialmente seleccionados por la estrategia se habían convertido en graves preocupaciones para muchos países. En consecuencia, la Oficina estaba tratando de ampliar el uso de la estrategia para abordar los problemas de salud infantil más prevalentes y responder a necesidades específicas identificadas por los países de la Región. Por ejemplo, la desnutrición era una de las afecciones incluidas en la estrategia original de AIEPI, pero en muchos países americanos la obesidad y el sobrepeso eran mucho más prevalentes que la desnutrición en los niños, y algunos países habían solicitado el apoyo de la OPS para adaptar la estrategia con el fin de combatir esos problemas. Una de las grandes ventajas de AIEPI era su flexibilidad extraordinaria. Se trataba de un método que fácilmente podría ampliarse y adaptarse para tratar una amplia gama de problemas de salud del niño, más allá de las cinco enfermedades en que se había centrado inicialmente.

206. Las Américas habían logrado grandes mejoras de la salud del niño y habían reducido la mortalidad de los menores de 5 años. La mayoría de los Estados Miembros había alcanzado las metas establecidas por la Cumbre Mundial en favor de la Infancia. Sin embargo, persistían brechas considerables entre los países y los grupos de población. Para colmar esas brechas y cumplir los objetivos de desarrollo del milenio con relación a la salud y la supervivencia infantiles, era necesario concentrarse en las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad en la infancia. Eso era precisamente lo que se pretendía hacer con la ampliación de la estrategia de AIEPI.

207. La Directora dijo que era inmensamente satisfactorio para ver el entusiasmo con el cual los países de las Américas habían abrazado la estrategia de AIEPI y el progreso que se había logrado mediante su aplicación. Al someter este tema a la consideración del Comité, la Oficina había deseado subrayar la importancia de la estrategia de AIEPI para lograr los objetivos de desarrollo del milenio y la necesidad de ampliar la estrategia para abordar nuevos problemas identificados por los países. Por ejemplo, en muchos países, como había observado el Comité, la infección por el VIH/SIDA era una causa en aumento de enfermedad y muerte entre los niños menores de 5 años. La importancia concedida a los ambientes saludables para los niños —el tema del Día Mundial de la Salud y la Semana de Salud en las Américas en 2003— había brindado la oportunidad de

poner en evidencia otros factores que repercutían sobre la salud de los niños y considerar la manera en que la atención a esos factores podría incorporarse en la estrategia de AIEPI.

208. La funcionaria señaló que cada vez había más pruebas de que varias enfermedades crónicas que aparecían en etapa posterior de la vida estaban vinculadas a problemas que se originaban en la lactancia o la primera infancia. Muchas de las ONG asociadas con la Organización —por ejemplo, la Fundación Interamericana del Corazón— estaban trabajando para identificar las causas y reducir la prevalencia de dichas enfermedades. La funcionaria apelaba a esas organizaciones para que apoyaran la aplicación de la estrategia de AIEPI aumentando la conciencia de la repercusión a lo largo de la vida de las medidas aplicadas para proteger y promover la salud en la niñez.

209. El Comité Ejecutivo respaldó la ampliación de la estrategia de AIEPI y su uso como un medio de lograr los objetivos de desarrollo del milenio en materia de salud infantil, pero no consideró necesario aprobar una resolución sobre este tema.

***Monitoreo de la reducción de la morbilidad y la mortalidad maternas (documento CE132/19)***

210. La Dra. Virginia Camacho (Asesora Regional, Iniciativa de Reducción de la Mortalidad Materna, OPS) resumió los puntos principales del documento CE132/19, e hizo notar que este se había preparado como seguimiento a la aprobación por los Estados Miembros de la estrategia regional para la reducción de la morbilidad y la mortalidad maternas en ocasión de la 26.a Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada el año anterior. En la resolución CSP26.R13 de dicha Conferencia se había solicitado al Director consolidar los sistemas de información y de vigilancia para monitorear el progreso hacia la reducción de la morbilidad y la mortalidad maternas.

211. Una de las recomendaciones de la Conferencia Sanitaria Panamericana había sido establecer un proceso mucho más estricto y rápido para el monitoreo y el seguimiento del progreso en la reducción de la morbilidad y la mortalidad maternas. El documento se había redactado en respuesta a esa recomendación y a petición de varios países. El propósito era que se convirtiera en una pauta acerca de cómo podrían monitorearse mejor la morbilidad y la mortalidad maternas. Al redactar el documento, la OPS había intentado incluir experiencias y enseñanzas de varios países, para mejorar al máximo las herramientas de monitoreo que ya existían en la Región y para sentar varios principios básicos de monitoreo. El marco conceptual del documento era el compromiso adquirido por todos los países de la Región el año anterior para alcanzar la Meta de Desarrollo del Milenio que consistía en reducir la mortalidad materna en 75% con respecto a los niveles de 1990.

212. Agregó la Dra. Camacho que el monitoreo de las defunciones maternas no consistía solamente en registrar los hechos, sino en algo más importante aun: determinar por qué las mujeres se enfermaban y morían de causas relacionadas con el embarazo y el parto. Aunque el mejoramiento del monitoreo de la morbilidad y la mortalidad maternas iba a convertirse en un gran reto para la Región, se contaba ya con cierto capital para facilitar la tarea. Una parte de este era la base de datos general sobre mortalidad que poseía la Organización y que abarcaba 19 países; otra era el Sistema de Información Perinatal del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Otras fuentes de información acerca de la mortalidad y la morbilidad maternas eran las encuestas demográficas y de salud (aunque estas adolecían de ciertos problemas metodológicos); los indicadores de proceso para el acceso, el uso y la disponibilidad de servicios obstétricos; y los indicadores de salud y el monitoreo de la atención de salud para una maternidad sin riesgo.

213. Entre las dificultades que debían superarse se encontraban información insuficiente y deficiente en muchos países; subregistro y subnotificación de las defunciones maternas; una falta de uniformidad en la recopilación y el registro de los datos; una coordinación inadecuada entre los sistemas de registros de salud y los de estadísticas vitales; el hecho de que no estaban funcionando todos los comités de auditoría para la mortalidad materna; el uso exclusivo de datos procedentes de los servicios y la poca representatividad de la muestra; toma de decisiones que algunas veces no se fundamentaban en una información fidedigna; y escasa participación de las mujeres y las comunidades en el monitoreo y la evaluación.

214. Después de haber analizado la mejor forma de llevar a la práctica los sistemas de monitoreo a los niveles local, nacional y regional, la OPS había concluido que el monitoreo era eficaz cuando los procesos se integraban y se establecían en diferentes niveles; que las iniciativas para mejorar los sistemas de monitoreo deberían basarse en los sistemas existentes y no en la creación de otros nuevos; que los mejores métodos y las lecciones extraídas deberían compartirse; y que el valor agregado en los sistemas de monitoreo residía en la forma en que estos fortalecían las asociaciones interinstitucionales, fijaban las normas y optimizaban los recursos técnicos y financieros. También era importante desglosar los datos por grupo social y étnico o geográfico. Entre los componentes clave de los sistemas eficaces de monitoreo se encontraban la formulación y ejecución de políticas, planes y programas; asignación de recursos de inversión pública; disponibilidad y uso de atención obstétrica esencial y asistencia por personal de salud calificado durante el parto; estrategias para empoderar a las mujeres, a las familias y a las comunidades; estadísticas vitales, sistemas de vigilancia y uso de la información para tomar medidas; y la forja de alianzas.

215. Se pidió al Comité Ejecutivo que comentara en qué forma sería más apropiada la cooperación técnica de la OPS para ayudar a los países a poner en práctica sistemas de

monitoreo de la morbilidad y la mortalidad maternas; cómo podría motivarse a los Estados Miembros para que el monitoreo fuese un componente de sus planes para reducir la mortalidad materna; cómo suscitar la participación activa de los interesados directos, particularmente de los grupos de mujeres; y cómo determinar indicadores que fuesen congruentes con los mandatos internacionales, con los planes nacionales y locales, así como con los objetivos de los interesados directos.

216. El Presidente del Comité, en nombre del Presidente del Subcomité de Planificación y Programación, informó de que este órgano subsidiario había debatido una versión anterior del documento en su 37.ª sesión. En su opinión, el documento estaba bien escrito y bien organizado y había acogido la propuesta de la Organización para el monitoreo de la morbilidad y la mortalidad maternas. La reducción de la mortalidad materna se había considerado como una alta prioridad de todos los países, aun aquellos cuyos índices eran relativamente bajos, y la puesta en práctica de un sistema de monitoreo eficaz se había visto como una medida crucial para determinar dónde y por qué seguían ocurriendo las muertes maternas. El monitoreo también se había considerado importante para ayudar a detectar las causas de la morbilidad materna. En ese sentido, se había puesto de relieve la importancia de velar por una buena atención prenatal durante el embarazo, así como de contar con la asistencia de personal de salud calificado durante el parto. El mejoramiento de los servicios de salud sexual y reproductiva, así como la posibilidad de tener acceso oportunamente y en forma gratuita a los métodos de planificación familiar se había considerado como otra estrategia clave para mejorar la salud materna.

217. Los delegados habían estado de acuerdo con los componentes básicos de la propuesta presentada en el documento y habían considerado que esta serviría como un buen marco de referencia para la formulación de planes de monitoreo a escala nacional y local. Se había reconocido el mérito del documento, ya que se concentraba en los pobres y los menos favorecidos, además de dar importancia a la promoción de la participación local y dirigir las intervenciones a las zonas donde se sabía que las defunciones maternas no se notificaban a cabalidad. Se indicó que la salud materna estaba estrechamente vinculada con la salud de la familia en general; asimismo, se puso de relieve la necesidad de hacer que las familias y las comunidades participaran en la iniciativa para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas. El Subcomité había elogiado los esfuerzos de la Organización para evitar la duplicación del trabajo, ampliar los sistemas de información existentes y forjar alianzas con otras organizaciones que estaban trabajando para abordar las causas de la morbilidad y la mortalidad maternas.

218. El Comité Ejecutivo expresó su apoyo firme a las iniciativas emprendidas por la OPS destinadas a reducir la morbilidad y la mortalidad maternas en la Región; asimismo, puso de relieve los estrechos vínculos existentes entre este ámbito y los de salud de la familia y salud del niño. El Comité estuvo de acuerdo en que la vigilancia era esencial



para poder verificar el progreso hacia el logro del objetivo estipulado por la Cumbre del Milenio en relación con la maternidad sin riesgo y la reducción de las defunciones maternas. Varios delegados relataron experiencias personales que habían fortalecido su decisión de velar por que ninguna mujer muriera de causas prevenibles relacionadas con el embarazo o el parto. Además, describieron las medidas tomadas en sus propios países tanto para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas como para mejorar la vigilancia de estas. Se informó de que en algunos casos, las investigaciones realizadas después de ocurrida la muerte de mujeres en edad fecunda habían revelado que las tasas de mortalidad materna eran aun más altas de lo que se creía inicialmente, porque muchas muertes que se habían atribuido a otras causas había sido, en realidad, muertes maternas.

219. Al igual que el SPP, al Comité Ejecutivo le pareció que el documento estaba bien escrito, con todo detalle y bien organizado. Constituía un trabajo excelente de análisis de los sistemas de monitoreo, que permitía esbozar las esferas prioritarias para la acción, lo que podría ayudar a los países a ejecutar la estrategia aprobada el año anterior. Sin embargo, el Comité percibía que en el documento faltaba la evaluación de todo plan y programa que se hubiese ejecutado.

220. Se formularon varios comentarios concretos en respuesta a la solicitud de la Dra. Camacho de que el Comité expresara su opinión. Se sugirió que los certificados de defunción tenían que ser mejorados, para incluir detalles acerca del embarazo en caso de muerte de la madre. También había que recabar información similar en los casos de morbilidad materna, especialmente cuando las embarazadas pasaban largos períodos en el hospital. Un delegado señaló la necesidad de continuar el debate acerca de perfeccionar ciertas intervenciones concretas basadas en pruebas científicas —tales como el uso de partogramas o el manejo activo de la tercera etapa del parto— que formaban parte de la atención obstétrica de urgencia y de la asistencia por personal calificado durante el parto; se agregó que se estaban elaborando los indicadores para esas intervenciones.

221. El Comité consideró que era importante establecer una estrategia nacional para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas y para velar por que todo plan local fuese coherente con dicha estrategia. Se hizo hincapié en que las estrategias y los planes nacionales deberían fundamentarse en el marco de referencia propuesto por la OPS. El Comité consideró que debía alentarse a los Estados Miembros a incluir el monitoreo como un componente de los planes de reducción de la mortalidad materna por medio de un proceso de formulación que los ayudara a vincular la información con la toma de decisiones. También se juzgó importante definir cuáles eran los organismos responsables de llevar a la práctica el monitoreo, identificar los momentos concretos en que debía hacerse, y lograr la rendición de cuentas por medio de informes anuales. Además, se sugirió que los sistemas de monitoreo de la salud materna y perinatal deberían estar vinculados con otros sistemas de monitoreo de enfermedades para velar por que los

encargados de la toma de decisiones en materia de salud entendieran los efectos que tenían las decisiones generales de salud sobre la morbilidad y la mortalidad maternas.

222. Aunque el Comité Ejecutivo estaba de acuerdo con la sugerencia formulada en el documento acerca de la utilización de comités nacionales y locales para el análisis de la información, al mismo tiempo consideró que era necesario asignarle más importancia al adiestramiento de dichos comités. Varios delegados destacaron la función importante que los comités locales podían desempeñar para fomentar la participación de los interesados directos y para que las embarazadas recibieran atención prenatal y dieran a luz en instituciones de atención de salud. Los delegados también elogiaron la importancia que se asignaba en el documento al análisis de los datos por categorías sociales, étnicas o geográficas, y a la situación de los pobres y de los menos favorecidos. Se consideró imprescindible identificar las poblaciones vulnerables y abordar los factores de riesgo que conducían a la morbilidad y la mortalidad en esos grupos. Se indicó que esa forma de enfocar el problema coincidía con los trabajos que proponía la OPS acerca del origen étnico. Se recalcó la necesidad de prestar atención especial a las zonas donde podría haber subnotificación, como son las regiones rurales y aisladas, y las habitadas por indígenas.

223. Se sugirió que la OPS debería elaborar definiciones claras, prácticas y universales para utilizarlas en el ámbito de la morbilidad y la mortalidad maternas. Prestar ayuda a los países para que consolidaran sus sistemas de vigilancia, especialmente para el monitoreo de la morbilidad materna, se consideró otra función importante de la cooperación técnica de la Organización, como lo era también facilitar la cooperación técnica y el intercambio de competencias entre los países. Al mismo tiempo, se instó a la OPS a evitar la duplicación de esfuerzos y a coordinar sus actividades con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

224. La Dra. Camacho agradeció a los delegados su respuesta entusiasta a la ponencia y al documento; el compromiso de los países para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas alentaba tanto a sus colegas como a ella misma a continuar su trabajo. Era verdaderamente gratificante ver cuántas iniciativas estaban en marcha en tantos países diferentes. También deseaba expresar su agradecimiento al Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional y a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) por su apoyo a la labor de la OPS en esta esfera.

225. La funcionaria informó además acerca de varias de las iniciativas que la Organización estaba emprendiendo en el ámbito de la salud materna, haciendo hincapié en que todas las actividades en curso estaban estrechamente vinculadas con los objetivos de desarrollo del milenio. De conformidad con la Iniciativa Regional de Reducción de la Mortalidad Materna, la OPS había asignado prioridad a 12 países, en los cuales se estaban concentrando sus iniciativas. También estaba trabajando para atender el

problema de la morbilidad materna, especialmente la grave. A nivel regional, la OPS encabezaba un grupo de trabajo interinstitucional que incluía a ocho organismos de cooperación, entre ellos organizaciones multi y bilaterales, que estaban colaborando para monitorear la morbilidad y la mortalidad maternas en los países prioritarios. A comienzos de junio, la Organización había participado en una reunión celebrada en Bolivia sobre asistencia especializada durante el parto, que era uno de los indicadores del objetivo del milenio sobre salud materna. A la reunión habían asistido representantes de 14 países y de 10 organismos de cooperación. Estos eran solamente dos ejemplos de la forma en que la OPS estaba luchando para consolidar la colaboración interinstitucional, no sólo a nivel regional sino también en cada país.

226. La Directora dijo que la OPS consideraba que la buena atención prenatal y la atención especializada durante el parto eran las claves para reducir la mortalidad materna. Se había comprometido en particular a reducir las tasas de mortalidad materna en los cinco países prioritarios definidos en el plan estratégico para 2003-2007. De esos cinco países, Haití tenía la mayor prioridad, ya que su tasa de mortalidad materna era la más alta de América. La oradora dijo que le complacía anunciar que la Organización había firmado un convenio interinstitucional según el cual la mortalidad materna sería el centro de interés del desarrollo del sistema de salud de Haití, en las actividades de ayuda humanitaria y en el plan de desarrollo estratégico del país.

227. La mortalidad materna era, en muchos sentidos, el signo más claro de la calidad y la capacidad de respuesta del sistema de salud y debía ser un indicador para medir el desempeño del sector de la salud. Tal como ella había señalado en otras ocasiones, se necesitaba muy poco para hacer que un sistema de salud protegiese eficazmente la vida de las madres. El conocimiento y las técnicas necesarios para superar el flagelo de la mortalidad materna estaban a nuestro alcance; Para lograr la eficacia hacía falta, sencillamente, aplicarlos.

228. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe, pero no consideró necesario aprobar una resolución sobre el tema.

***Pandemia de influenza: preparativos en el continente americano (documento CE132/20)***

229. El Dr. Marlo Libel (Asesor Regional, Unidad de Enfermedades Transmisibles, OPS) presentó un resumen del estado de los preparativos en el continente americano para hacer frente a una posible pandemia de gripe o influenza. Señaló que el tema era de mucha actualidad en vista de la reciente epidemia de síndrome respiratorio agudo grave (SRAG, también conocido por la sigla en inglés SRAS), que había servido para poner a prueba los sistemas de preparativos en varios países del mundo.

230. Los elementos clave en los preparativos para las pandemias eran la coordinación general, la vigilancia, la disponibilidad de vacunas y de medicamentos antivíricos, la planificación de servicios de salud, la respuesta en casos de emergencia y los sistemas de comunicaciones. Los aspectos más importantes de la coordinación general eran el establecimiento de un comité nacional y multisectorial sobre la pandemia y la creación de un marco legal para manejar asuntos tales como cuarentena obligatoria y cierre de escuelas o lugares de trabajo. Con respecto a la vigilancia —que era importante tanto entre una pandemia y otra, como durante una pandemia—, esta era esencial para identificar el comienzo de una pandemia y hacer el seguimiento de su llegada y su avance en un país; para lograr que se identificaran rápidamente las nuevas cepas del virus y para contar con las destrezas que permitieran suministrar datos sobre el impacto en tiempo real; y para monitorear la absorción, la eficacia y los efectos adversos de las vacunas y los medicamentos antivíricos, así como la resistencia a estos medicamentos.

231. En vista de que las pandemias de gripe en el pasado habían sido principalmente de origen zoonótico, un aspecto fundamental de los preparativos era la vigilancia de las enfermedades animales con miras a la detección temprana de su transmisión a los seres humanos. Igualmente importante era la vigilancia de las nuevas cepas de virus. Los centros colaboradores de la OMS y los centros nacionales contra la influenza determinaban la secuencia genética de unas mil muestras por año con la finalidad de producir vacunas. Se informó que actualmente se producían en todo el mundo unos 240 millones de dosis de vacunas por año, lo que resultaba insuficiente en relación con las dosis que tal vez se necesitarían en caso de una pandemia mundial.

232. La principal dificultad con relación a las vacunas y los antivíricos surgía de la escasez de productores; se había intentado aumentar su número, especialmente en los países en desarrollo. El ciclo normal de producción de la vacuna de la influenza era de ocho meses, desde la identificación de un virus hasta que estaban listos los primeros lotes; pero, en caso de una pandemia, algunos de los pasos de consulta y obtención de patentes podían omitirse, lo que acortaría el tiempo de producción en aproximadamente 5 a 6 meses. En el ámbito de la planificación de servicios de salud, el problema principal era la transmisión a los trabajadores de salud, problema que se había encontrado frecuentemente durante el brote del SRAG. El control de la infección era un problema grave, y se necesitaban planes y procedimientos para manejarlo. También era esencial poner en práctica alternativas en el caso de que los establecimientos de salud tuvieran que cerrar. En cuanto a la respuesta de emergencia, se requería un enfoque intersectorial al objeto de mantener los servicios esenciales para la salud y la seguridad del público. El segmento de las comunicaciones tenía dos aspectos principales: comunicación con los equipos de respuesta de emergencia y comunicación con la población acerca de los riesgos.

233. Los preparativos para la pandemia eran inadecuados en la mayoría de los países. Si bien algunos tenían planes de respuesta detallados, otros tenían muy poco más que los marcos básicos. El grado de preparativos locales era incierto, y quedaba pendiente mucho trabajo por hacer en materia de estrategias sobre vacunas y antivíricos. La producción de vacunas estaba limitada actualmente a nueve países en el mundo, de los cuales sólo Canadá y Estados Unidos se encontraban en América.

234. La vigilancia virológica estaba bastante bien cubierta en algunas partes de la Región, pero en otros sitios había necesidad de ampliar la capacidad para obtener muestras, principalmente de las nuevas cepas de virus. El transporte rápido de las muestras a los centros colaboradores se había vuelto considerablemente más difícil desde el 11 de septiembre de 2001 y la OPS estaba tratando de firmar contratos con transportadores aéreos individuales para resolver el problema. Debido al origen animal de muchas cepas de virus de la influenza, era esencial integrar la vigilancia humana y la animal y, en particular, lograr una mejor comprensión de los riesgos que los virus de influenza de cerdos y aves planteaban a las personas.

235. La OPS había definido una serie de etapas para determinar qué actividades preparatorias deberían emprenderse si se acercaba una pandemia. Las fases y las medidas necesarias en cada una de ellas se describían en el anexo al documento CE132/20. Entre las medidas esenciales que deberían tomar los países se encontraba el establecimiento de un grupo de trabajo para la planificación en caso de pandemia nacional; formulación de planes especiales de contingencia que abarcaran personal, equipos y organización; decisiones iniciales sobre la estrategia de vacunación y cantidades de vacunas; mejoramiento de los sistemas de vigilancia para abarcar la más amplia cobertura posible; establecimiento de consenso entre las comunidades científicas y médicas acerca del uso de vacunas y antivíricos; disposiciones para el abastecimiento y la logística relacionados con medicamentos de todo tipo; diseño de un plan de comunicaciones; y mejoramiento de la cobertura anual de vacunación entre los grupos de alto riesgo. Si bien no era posible predecir un brote epidémico de influenza, la planificación, la gestión de los recursos y la definición de políticas eran esenciales para limitar en la medida de lo posible la propagación de la pandemia y el número de defunciones, mientras que al mismo tiempo se evitaban los efectos negativos sobre otras prioridades de salud.

236. El Presidente del Subcomité de Planificación y Programación había señalado que en la oportunidad en que ese órgano había examinado este asunto en marzo, había hecho hincapié en la necesidad de prepararse ya mismo para la próxima pandemia de influenza, y había manifestado que la función fundamental de la OPS era facilitar las actividades regionales de planificación. Los delegados habían estado de acuerdo en que la comunicación eficaz era una estrategia clave en los preparativos y la respuesta ante una pandemia. Sin embargo, habían percibido la necesidad de aclarar la función de la OPS en

la definición de las diferentes etapas de una pandemia y en facilitar la comunicación en el curso de ella. Los delegados habían considerado que la OPS podría también ayudar en la comunicación habitual que debería mantenerse e los planos nacional y regional acerca de la importancia de formular planes para la epidemia de gripe que ocurría cada año en la Región. El Subcomité había considerado que la OPS, en colaboración con la OMS, debía participar permanentemente en la coordinación y el apoyo del adiestramiento y de las pruebas de laboratorio y la vigilancia, así como en el estudio de la carga de morbilidad y las repercusiones económicas de la influenza.

237. La creación de capacidad nacional para generar los datos necesarios destinados a la planificación del programa nacional de inmunización se había considerado una prioridad, y el establecimiento de metas y prioridades nacionales se había percibido como el primer paso necesario hacia los preparativos y para abordar la inevitable escasez de vacunas y de medicamentos antivíricos en caso de una pandemia. El Subcomité había alentado a la OPS a colaborar con los países para evaluar las necesidades regionales de unas y otros antivíricos, a fin de estimular el interés de los productores americanos y facilitar el diálogo entre los actuales productores de vacunas, con miras a impulsar la capacidad de la Región para fabricar vacunas antigripales. Los delegados habían hecho hincapié en la necesidad de ampliar la cobertura de vacunación anual contra la influenza, especialmente entre los adultos mayores y otros grupos de alto riesgo. También se recalcó la importancia de la vigilancia adecuada para evaluar con precisión el número de defunciones atribuibles a la influenza.

238. El Subcomité había insistido en la importancia del intercambio de información a nivel multilateral e internacional acerca de métodos comprobados para hacer frente a la influenza y otras pandemias. En particular, dado el tiempo que habría de transcurrir antes de que una vacuna estuviese disponible en los diferentes países en caso de una pandemia causada por una nueva cepa, se había considerado importante establecer, a nivel internacional, las medidas preventivas que se tomarían mientras los países esperaban la llegada de la vacuna.

239. El Comité Ejecutivo acogió con beneplácito la actualización acerca de los preparativos para la influenza e indicó que la descripción de las actividades que deberían emprenderse con miras a prepararse para una pandemia eran muy concretas y prácticas. Consideró que la OPS podría ser un recurso muy importante para los países en la formulación de los planes nacionales y de las actividades mejoradas de vigilancia, la formulación de recomendaciones y pautas para las políticas nacionales, y la evaluación de las vacunas y medicamentos antivíricos disponibles en el caso de una pandemia. Se puso de relieve que la resolución reciente emanada de la 56.a Asamblea Mundial de la Salud resaltaba prioridades similares. Varios delegados describieron las iniciativas de preparación en sus países y solicitaron el apoyo continuo de la Organización, en particular para los estudios de impacto pertinentes. Otra esfera en la cual el Comité

sugería que la OPS y los Estados Miembros podrían trabajar juntos era el suministro de información a los medios de comunicación y a los proveedores de atención de salud, aprovechando su ayuda para manejar la percepción del público y evitar el pánico.

240. La inmunización se consideró la herramienta más importante para controlar una epidemia. La OPS podía trabajar con los Estados Miembros y la industria farmacéutica para ampliar la producción actual de la vacuna antigripal y diversificar la base de producción mediante la fabricación de vacunas alternativas, por ejemplo, las que se derivaban de cultivos celulares. El mantenimiento de sistemas adecuados de vigilancia se consideró imprescindible. El Comité señaló que la preparación de la infraestructura de salud pública para identificar y responder eficazmente a una pandemia mundial de influenza fortalecería los mismos sistemas que serían también necesarios para detectar y responder a un ataque de bioterrorismo o en caso de una enfermedad infecciosa como el SRAG.

241. Los delegados esperaban recibir las pautas acerca del control de un brote de influenza que, según se informaba en el documento, estaba preparando la OPS. En ese sentido, se solicitó mayor orientación para determinar cuáles eran los grupos de alto riesgo que deberían vacunarse contra la enfermedad.

242. El Dr. Libel agradeció a los delegados sus contribuciones, que fortalecerían el documento y ayudarían a mejorar los preparativos para una futura pandemia de gripe. Mencionó que los comentarios formulados podían resumirse en dos aspectos importantes. Uno era que las diversas medidas de preparación tenían que incorporarse dentro de los comités y los mecanismos que ya existían en los ámbitos de respuesta ante emergencias, inmunización, vigilancia y otros. Era importante no crear organismos nuevos y separados, que sencillamente gastarían recursos valiosos y escasos. El segundo aspecto era la importancia de incluir a la influenza como un elemento más en los programas nacionales de vacunación, y prestar atención particular a los grupos prioritarios, a saber: personas mayores, personas predispuestas a las infecciones respiratorias, y profesionales sanitarios. Sin embargo, dentro de estos grupos prioritarios había algunas variaciones; por ejemplo, la población definida como personas mayores variaba de un país a otro. Pero, independientemente de cómo se definieran los grupos, era fundamental aumentar la cobertura.

243. Por otro lado, el funcionario anunció que los preparativos se estaban realizando en forma piloto en el Cono Sur y se ampliarían gradualmente a las otras subregiones.

244. El Comité tomó nota del informe pero no consideró necesario aprobar una resolución acerca de este punto. No obstante, el Comité Ejecutivo respaldó vigorosamente la recomendación de la OPS en el sentido de que todos los países creen, como parte de los comités nacionales de preparativos para situaciones de emergencia, un grupo nacional de trabajo que se encargue de trazar las estrategias necesarias para

afrontar la próxima pandemia de gripe. Se debe conceder especial atención a la adopción de criterios comunes para planificar y responder a las emergencias sanitarias en general.

***Régimen alimentario, nutrición y actividad física (documento CE132/21)***

245. El Dr. Enrique Jacoby (Asesor Regional, Unidad de Nutrición, OPS) resumió el documento y subrayó que este se concentraba en el problema de la obesidad, que había sido también el punto principal de la exposición hecha ante el Subcomité de Planificación y Programación, en marzo. Empezó su intervención con algunas estadísticas que mostraban la magnitud del problema en constante aumento. Dijo que, en ese momento, entre 20 y 30% de las mujeres y entre 8 y 20% de los hombres de la Región de las Américas eran obesos, y uno de cada dos adultos tenía exceso de peso. Agregó que cada vez era mayor el número de niños obesos. El problema afectaba por igual a países ricos y pobres y se observaba en todos los estratos sociales. La obesidad estaba asociada con la mortalidad prematura en jóvenes adultos y con un riesgo elevado de diversas enfermedades no transmisibles, entre ellas diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y algunas formas de cáncer. También estaba relacionada con altos costos económicos, tanto directos como indirectos. Era evidente la necesidad de tomar medidas para reducir el problema y abordar las causas que lo originaban.

246. La causa fundamental del exceso de peso y la obesidad era un desajuste energético. El aumento de peso ocurría cuando el aporte de energía superaba al gasto durante un lapso prolongado. En años recientes, el consumo de calorías en la población de la Región había aumentado constantemente, mientras que la cantidad de energía gastada por medio de la actividad física había bajado progresivamente. Los factores que habían contribuido a esas tendencias incluían el aumento del trabajo sedentario y de las actividades recreativas que no generaban un gasto de energía, los entornos urbanos que desalentaban la costumbre de caminar, y la baja prioridad asignada a la educación física en las escuelas. Los hábitos de alimentación también habían cambiado considerablemente, registrándose un marcado aumento en el consumo de alimentos ricos en grasas, sal y azúcar agregada, y una disminución simultánea en el consumo de frutas, verduras y cereales enteros. Estos cambios estaban vinculados a diversos factores. Las características personales (constitución genética, factores socioeconómicos y nivel de educación) indudablemente desempeñaban un papel, pero los hábitos de alimentación también recibían la influencia evidente de una serie de factores externos, entre ellos precio y disponibilidad de los alimentos, modelos de producción, mercadeo, publicidad e información.

247. La OPS consideraba que era importante abordar el problema del exceso de peso y de la obesidad por medio de un método integrado que procurara suscitar cambios en el comportamiento personal y a la vez crear un entorno que fomentaría decisiones saludables desde el punto de vista de la alimentación y los modos de vida favorables a la salud. El aspecto más importante de este método no sería la pérdida de peso, sino los



beneficios generales para la salud que surgirían al adoptar un régimen alimentario mejor y de participar en una actividad física regular. Más aún, en una región como la de las Américas, era esencial adoptar un método integrado orientado a la familia, al objeto de atender eficazmente problemas como la desnutrición, que persistían junto con la epidemia de obesidad. Los recursos del sector de la salud, en la mayoría de los países, sencillamente no bastaban para crear programas separados destinados a las necesidades nutricionales de diferentes grupos de población y, por lo tanto, no era necesario crear programas separados. Había amplias pruebas científicas de que el régimen de alimentación variado y de alta calidad que era vital para satisfacer las necesidades de los niños subalimentados ayudaría a los adultos a mantener un peso saludable y a evitar las enfermedades crónicas.

248. El método para abordar el problema también tenía que ser intersectorial e incluir al sector privado, en particular a la industria alimentaria. Sin la participación de los productores, sería imposible mejorar la calidad de los alimentos que se vendían en el mercado. Al mismo tiempo, era necesario mejorar la disponibilidad de información acerca de lo que constituía un régimen de alimentación saludable. También era necesario tomar medidas en las esferas de legislación, reglamentación y precios. Así como esos tipos de medidas habían demostrado su eficacia para generar otros cambios positivos en la salud pública —por ejemplo, fomentar el uso de los cinturones de seguridad en los automóviles y desalentar el consumo de cigarrillos— también podrían utilizarse para promover una alimentación saludable y hábitos de ejercicio físico. Finalmente, era esencial contar con el liderazgo del sector de la salud en la iniciativa multisectorial de combatir la obesidad y el sobrepeso.

249. El Dr. Jacoby concluyó su intervención señalando que la Región estaba participando activamente en la consulta mundial que culminaría con el lanzamiento de la Estrategia Mundial de la OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, en ocasión de la Asamblea Mundial de la Salud en 2004. Como parte del proceso, la OPS había efectuado una consulta regional en San José, Costa Rica, en abril de 2003. Se invitaba al Comité Ejecutivo a formular sus comentarios acerca de los resultados de esa consulta.

250. El Dr. Elías Lizardo Zelaya (Honduras, Vicepresidente del Subcomité de Planificación y Programación) informó de que, al debatir el punto en la 37.ª sesión, el SPP había encomiado la participación de la OPS en esta esfera, que según el Subcomité reforzaría la iniciativa más amplia de la OMS para formular una estrategia mundial. En general, el Subcomité había opinado que el documento era un buen punto de partida para crear una estrategia eficaz, aunque varios delegados habían sugerido otros puntos que deberían incorporarse. Se había propuesto que la estrategia debería concentrarse en el mantenimiento de un peso saludable —por medio de una buena alimentación y suficiente actividad física— y no en el adelgazamiento. Se había expresado cierta preocupación

acerca de la falta evidente de fundamento de algunas de las afirmaciones hechas en el documento, principalmente las que se referían a la repercusión que tenía la publicidad en los hábitos de alimentación y al vínculo entre obesidad y consumo de ciertos tipos de alimentos. Se había sugerido que la próxima versión del documento agregara más información acerca de las fuentes de esas afirmaciones. Además, un delegado había expresado su preocupación acerca de una sección del documento en la que aparentemente se proponía que los países estudiaran reglamentos, aranceles e impuestos como una forma de modificar las preferencias y el comportamiento en cuanto a la alimentación. El delegado había advertido que esas cuestiones comerciales estaban fuera de la competencia de la Organización y había instado a la Oficina a examinar esa sección y a modificarla de manera que reflejara más un enfoque de salud pública.

251. Además, el Subcomité había insistido en la importancia de promover cambios en los comportamientos y las ideas acerca de la alimentación y la obesidad entre los trabajadores de salud. Varios delegados habían señalado la necesidad de introducir modificaciones en los programas universitarios y de adiestramiento para los profesionales de salud, de tal forma de lograr el reconocimiento adecuado de la obesidad como un problema grave de salud pública. También habían subrayado la necesidad de alentar a los médicos a que aconsejaran a sus pacientes acerca de la importancia del régimen alimentario y de la actividad física.

252. El Comité Ejecutivo expresó su agradecimiento por el documento modificado, que sencillamente mostraba que la Oficina había tomado en cuenta los comentarios del SPP, y por la ponencia, que había enunciado claramente los imperativos de política que tenían que abordarse para tratar el problema de la obesidad. El Comité agradeció el enfoque de salud pública basado en la población que se había presentado en el documento. Los delegados dijeron que las actividades propuestas allí ofrecían a los gobiernos una gama de opciones para aplicar medidas continuas que fomentaran una alimentación más sana y hábitos de ejercicio físico. Sin embargo, se indicó que el documento no daba mucha orientación acerca de cómo llevar a la práctica las medidas propuestas, y se sugería que la Oficina elaborara un marco integral para la acción que ayudaría a los países a formular estrategias y planes nacionales.

253. Se puso de relieve que si bien reducir la obesidad era importante, el objetivo principal debía ser promover el mantenimiento de un peso saludable, especialmente en los niños y los adolescentes. Los delegados subrayaron la importancia de un régimen alimentario de alta calidad, no sólo para mantener un peso saludable sino para promover un desarrollo normal en la niñez. En ese sentido, un delegado mencionó que unos estudiantes de su país habían demostrado que las tasas de obesidad y exceso de peso en niños que consumían una alimentación de baja calidad, con poca variedad, no necesariamente diferían de las tasas de niños cuya alimentación incluía una mayor

variedad de alimentos nutritivos, pero en la estatura se observaban diferencias claras (hasta de 5 cm).

254. El Comité estuvo de acuerdo en que las intervenciones dirigidas a comportamientos individuales no bastarían para resolver el problema de la obesidad puesto que, tal como había dicho el Dr. Jacoby, el comportamiento de las personas recibía la influencia del entorno en el cual vivían. Por lo tanto, sería necesario adoptar estrategias destinadas a promover cambios ambientales positivos con el fin de apoyar la actividad física regular y una alimentación saludable, con vistas a limitar las tendencias actuales hacia la obesidad. Sin embargo, se observó que las intervenciones en la población que conducían a cambios del entorno solían ser difíciles y conflictivas. Se necesitaban políticas públicas saludables y a todos los niveles y, con frecuencia, también la introducción de leyes, que a su vez exigían tomar medidas y la creación de alianzas intersectoriales.

255. Un delegado, al observar que el documento mencionaba las iniciativas de control del tabaco como un ejemplo de cómo lograr cambios ambientales, alertaba contra cualquier comparación entre la industria de alimentos y la industria tabacalera. La industria de alimentos era uno de los asociados críticos con cuyo apoyo debía contar el sector de la salud para poder atacar la carga de morbilidad con que acompañaba a la obesidad. En ese sentido, los delegados aplaudieron la decisión de la Directora de incluir el tema del régimen alimentario y la obesidad en el orden del día de la 13.ª RIMS, lo cual había brindado la oportunidad de hacer participar a representantes de la industria alimentaria en el debate. Se esperaba que la Directora buscara otras oportunidades para reunir a una amplia gama de interesados directos con la finalidad de abordar esta y otras prioridades de salud pública.

256. El Comité Ejecutivo elogió a la OPS por organizar la consulta regional en Costa Rica. Los delegados describieron la reunión como bien planificada y bien ejecutada y opinaron que había generado muchas sugerencias útiles acerca de cómo aumentar la actividad física y mejorar el régimen alimentario y la nutrición. Se instó a la Directora a que difundiera ampliamente los resultados de la consulta entre los Estados Miembros con miras a promover un diálogo más amplio acerca de la estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. La participación activa de las oficinas regionales en la formulación de la estrategia mundial se había considerado fundamental, ya que el nivel regional contaba con el conocimiento de primera mano acerca de las prioridades y los retos planteados a los países y sus poblaciones. La OPS había hecho una valiosa contribución a la formulación de otras estrategias mundiales y, por eso, se le instaba a continuar aportando sus competencias a la elaboración de la estrategia sobre régimen alimentario, actividad física y salud.

257. El Dr. Jacoby agradeció al Comité su apoyo al trabajo de la Organización en esta esfera. Para responder a los comentarios relativos a la industria del tabaco, dijo que el enunciado que figuraba en el documento no había querido sugerir que la industria de alimentos y la industria tabacalera eran similares. Había mencionado el control del tabaco en su exposición porque pensaba que el ejemplo de las campañas de control del cigarrillo era paradigmático. El éxito logrado en reducir el consumo de tabaco en los Estados Unidos, por ejemplo, mostraba claramente cómo era posible, por medio de la investigación, la información y las medidas legislativas y reglamentarias, forjar un consenso en torno a un problema dado y gradualmente lograr el cambio de comportamiento. Recalcó que en el caso del tabaco no había bastado sencillamente con decirle a la gente que dejara de fumar; había sido necesario educar al público acerca de los peligros del consumo de tabaco y, al mismo tiempo, aplicar medidas de control —por ejemplo, prohibiendo el consumo del cigarrillo en lugares públicos— que creaban un entorno que desalentaba el tabaquismo. Lo mismo era cierto para el régimen alimentario y la actividad física: No bastaría con decirle a la gente que dejara de comer alimentos ricos en grasas o que hiciera más ejercicio; era necesario convencerlos de que la salud debía convertirse en una prioridad y de que crearan un entorno que les facilitara tomar decisiones sobre un régimen alimentario y modos de vida saludables.

258. Con respecto al comentario relativo a la ejecución de las medidas propuestas, dijo que en el interés de que el documento fuera breve, la Oficina no había incluido mucha información acerca de las actividades programáticas. Sin embargo, ya estaban en marcha varias actividades; por ejemplo, la Unidad de Nutrición actualmente estaba creando una red regional para la promoción de hábitos de alimentación saludables, y estaba desarrollando un software afin para ayudar a los profesionales de salud. también estaba estudiando las posibilidades de trabajar con el sector privado en varios países para fomentar un mayor consumo de frutas y hortalizas. La OPS estaba colaborando con varias otras organizaciones, entre ellas ONG y organizaciones del sector privado, en una red regional para promover la actividad física. El propósito de esa iniciativa era hacer que la gente tomara conciencia de algunas formas sencillas de incorporar más actividad física a su vida diaria, tales como caminar o subir escaleras.

259. El Comité Ejecutivo no consideró necesario aprobar una resolución acerca de este punto. Sin embargo, se acordó que la OPS debía preparar un marco regional para orientar la formulación de estrategias y planes de acción nacionales para promover hábitos alimentarios y de ejercicio más sanos, al objeto de disminuir los niveles prevalentes de obesidad y mantener un peso sano, particularmente por parte de los niños y adolescentes. El marco debía tener en consideración la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, así como las recomendaciones de la reunión regional de consulta celebrada en Costa Rica. Asimismo, debería incorporar acciones y asociaciones intersectoriales, con participación de la industria alimentaria como lo había recomendado la 13.<sup>a</sup> RIMSA.

***Repercusión de la violencia en la salud de las poblaciones americanas (documento CE132/22 y CE132/22, Corrig.)***

260. El Dr. Alberto Concha-Eastman (Asesor Regional, Prevención de Violencia y Lesiones, Unidad de Entornos Saludables, Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, OPS) presentó el documento CE132/22. Empezó por señalar que el aspecto que definía a la violencia era su intencionalidad, pero esto a su vez significaba que era un comportamiento aprendido que podía ser desaprendido. También significaba que la violencia era prevenible. El compromiso de la OPS con la prevención de la violencia había empezado en 1993, cuando el 37.º Consejo Directivo había aprobado la resolución CD37.19 sobre la violencia como problema de salud pública. Al año siguiente se había efectuado la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Salud y Violencia, que había dado lugar al primer plan de acción en materia de violencia y salud.

261. Desde entonces se habían logrado avances significativos. En el área de la promoción de la causa, varios países de la Región habían aprobado las leyes sobre la violencia intrafamiliar y la violencia contra las mujeres, y diversos países o municipios habían preparado o estaban preparando planes de prevención de la violencia. En el área de la investigación y las publicaciones, había habido varios logros notables, entre ellos la publicación por el Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo de la OPS (actualmente llamada Unidad de Género y Salud) de los resultados de un estudio sobre la "ruta crítica" seguida por las mujeres afectadas por la violencia familiar. Además, un estudio multicéntrico coordinado por la OPS (ACTIVA), había considerado las normas culturales y las actitudes hacia la violencia. De igual manera, la OPS había desempeñado una función clave en la publicación, en 2002, del *Informe mundial sobre la violencia y la salud* de la OMS.

262. En el área de los sistemas de información, los logros incluían la producción y difusión de guías para establecer y usar los sistemas de información; la puesta a prueba de formularios para obtener la historia clínica en los hospitales con miras a facilitar la toma de decisiones en cuanto a las lesiones relacionadas con la violencia; y la instauración de sistemas de información y observatorios de la violencia. En el área de las redes y las coaliciones, el número de redes de mujeres a la fecha pasaba de 170; la Red Andina permitía intercambiar información y ayudar a prevenir la violencia en la subregión andina; y una iniciativa tripartita de la OPS, Canadá y México estaba proporcionando asistencia a las personas que habían sido lesionadas por las minas terrestres. Además, la OPS estaba colaborando con varias organizaciones nacionales e internacionales en la Coalición Interamericana para la Prevención de la Violencia.

263. Aunque se habían logrado avances, se necesitaba seguir trabajando. Las acciones que la OPS estaba proponiendo en ese momento hacían hincapié en la prevención de la violencia y la promoción de la coexistencia pacífica, enfoque que funcionaba, según se

había comprobado. Las acciones recomendadas por la Organización incluían la promoción de la adopción por los gobiernos de planes y programas intersectoriales a nivel nacional o municipal; investigación, análisis de la situación y evaluación de las intervenciones; y preparación de informes nacionales. Otras acciones necesarias eran mejorar los sistemas de información sobre la violencia, fortalecer la respuesta del sector de la salud a las víctimas, formar redes y establecer sociedades estratégicas, fortalecer la capacidad institucional, promover la equidad de género y apoyar el desarrollo social en las áreas de la educación y el trabajo. Teniendo presente esas necesidades y las acciones propuestas en el documento CE132/22, se pidió al Comité Ejecutivo que formulara observaciones sobre qué elementos debían incluirse en un segundo plan de acción sobre violencia y salud.

264. El Comité aplaudió el enfoque de la OPS a la violencia y expresó su satisfacción por la armonización de su trabajo con el *Informe mundial sobre la violencia y la salud* de la OMS. Se recibió con beneplácito el concepto de la violencia como un problema de salud pública y como "una epidemia silenciosa". Los delegados recalcaron que la reducción de la violencia requeriría liderazgo político y un enfoque intersectorial e interinstitucional, con inclusión de muchos interesados directos, que en su mayoría serían de sectores diferentes al de la salud, como los de educación, justicia, vivienda, servicios sociales y aplicación de la ley. La participación comunitaria para abordar el problema se consideró esencial, como lo fue también la atención especial a la familia, donde muchos comportamientos violentos se aprendían inicialmente. La obtención del apoyo de las organizaciones de la sociedad civil y de los medios de comunicación de masas se consideró igualmente importante.

265. Los delegados opinaron que el documento debía hacer más hincapié en las consecuencias a largo plazo, tanto de salud como sociales, de la exposición a la violencia en la niñez. Se señaló, por ejemplo, que los niños que habían sido maltratados o presenciado la violencia se veían perjudicados en su desarrollo social y tenían mayores probabilidades de incurrir en comportamientos peligrosos durante la adolescencia, incluidas las prácticas sexuales de alto riesgo, lo cual los exponía a las infecciones de transmisión sexual, entre otros problemas de salud. Los delegados también sugirieron que el documento debía prestar mayor atención al problema de la violencia contra las personas de edad. Se recalcó la necesidad de que los proveedores de atención primaria de salud adquiriesen aptitudes para reconocer tal violencia e intervenir. También se recomendó que el documento reflejara más un enfoque de salud de la población para abordar los factores que influían en la salud y trabajar con miras a reducir las desigualdades de salud en las poblaciones y entre estas.

266. Se sugirió que la Oficina debía evaluar los resultados del primer plan de acción sobre la violencia y que las conclusiones de la evaluación debían servir para trazar otro plan. Los delegados subrayaron la necesidad de contar con indicadores de proceso y de

resultado para medir la repercusión de la cooperación técnica de la OPS y para seguir el progreso de los sistemas de vigilancia. Se recalcó la importancia de los datos fidedignos, desglosados por sexo y edad, tanto para los fines de la planificación y el monitoreo como para la promoción de la causa y la formulación de políticas. La obtención de datos planteaba dificultades a muchos países, debido a los limitados recursos humanos y económicos que podían dedicar a la tarea. Ayudar a los países a mejorar sus sistemas de recopilación de datos e información se consideró una función clave de cooperación técnica para la OPS. También se destacó la importancia de incluir el sistema privado de atención de salud en las actividades para fortalecer los sistemas de información.

267. Varios delegados destacaron la necesidad de hacer más investigaciones para comprender las causas fundamentales y los factores de riesgo de la violencia, con el fin de idear estrategias de intervención más eficaces. En particular, se opinó que debían estudiarse los aspectos sociales de la violencia; con tal motivo, el sector de la salud debía buscar el apoyo de los antropólogos sociales y los especialistas de la conducta. También se necesitaba entender más la acción recíproca entre la educación y la violencia, entre la salud mental (en particular el abuso del alcohol y otras drogas) y la violencia, y entre el género y la violencia. Hacían falta igualmente estudios concentrados en los tipos específicos de violencia, como son la violencia en las escuelas, la violencia doméstica, la violencia de género y la violencia contra los niños, las personas de edad y los discapacitados, así como la violencia entre los pueblos aborígenes.

268. Con respecto a la lista de las acciones recomendadas en el documento, se propuso que la OPS debía, dentro del marco más amplio planteado en el *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, elaborar un marco regional que sirviera de base para los planes de acción nacionales; ello proporcionaría a los países americanos normas generales para la acción que podrían adaptarse luego a sus circunstancias específicas. Se recalcó que los planes nacionales de acción debían incorporar una perspectiva de género. Además, como la lista de acciones recomendadas era muy extensa, se sugirió que debían priorizarse.

269. El Dr. Concha-Eastman dijo que la asignación de prioridades tenía que ocurrir a diversos niveles. Una prioridad era movilizar a la comunidad para abordar el problema de la violencia. Al mismo tiempo, resultaba imperativo tener información adecuada que fuese oportuna, utilizable y fidedigna. Sin embargo, ninguna de esas cosas ocurriría sin la voluntad política de los gobiernos para actuar. Por eso la recomendación principal del *Informe mundial* era la preparación de planes de prevención nacionales y locales. En consecuencia, quizás las dos prioridades principales fuesen, primero, formular los planes nacionales y locales, y, segundo, allegarse buena información que permitiera vigilar el progreso.

270. El orador concordó plenamente con la necesidad de un enfoque intersectorial y de las investigaciones para arrojar luz sobre las causas múltiples de la violencia. El sector de

la salud no podía resolver el problema por sí mismo, como tampoco podían hacerlo la policía ni el sector educativo: tenía que ser un esfuerzo conjunto. De manera análoga, la violencia debía verse desde los puntos de vista social, antropológico, sociológico y psicológico para determinar sus causas fundamentales. El funcionario también estuvo de acuerdo con la necesidad de incorporar la perspectiva de género, así como de coordinar todas las actividades de prevención de la violencia con las relativas a la salud familiar.

271. Por lo que toca a la evaluación del primer plan de acción, señaló que, si bien se podría evaluar el proceso, evaluar las repercusiones sería más difícil debido a la falta de indicadores fiables de puntos de partida. Sin embargo, la creación de un marco dentro del cual podrían prepararse los planes y los informes nacionales, como se había sugerido, proporcionaría una base excelente para determinar qué temas se iban a abordar y evaluar cuánto se había adelantado.

272. La Directora señaló que las Américas habían sido la primera de las regiones de la OMS en considerar la violencia desde un punto de vista de la salud pública, enfoque innovador que había influido enormemente en el criterio de las otras regiones y en el trabajo de la OMS a nivel mundial, todo lo cual había culminado en la publicación del *Informe mundial*. En la más reciente Asamblea Mundial de la Salud, como un signo de reconocimiento de la contribución de la Región y su actitud pionera, ella había sido la Directora Regional invitada a participar en una reunión conjunta de tipo panel sobre el tema de la violencia.

273. Uno de los aspectos más importantes del criterio adoptado por la Organización había sido incluir el punto de vista epidemiológico al considerar el problema de la violencia, lo cual había permitido identificar progresivamente los diversos factores que determinaban cómo, cuándo y dónde ocurrían los actos de violencia; clasificarlos taxonómicamente; y definir las posibles intervenciones para afrontarla. La tarea en ese momento consistía en evaluar esas intervenciones y seleccionar las que habían resultado más eficaces.

274. Como se mencionaba en el *Informe mundial*, la violencia era en efecto un fenómeno modificable y había un consenso cada vez mayor en el sentido de que la sociedad podía crear los mecanismos para controlarla y prevenirla, promoviendo una cultura de paz y armonía. Se había producido un cambio importante cuando el sector de la salud había dejado de ser un agente pasivo —un observador que se limitaba a tratar los resultados de violencia— para convertirse en el sector que estaba tomando la delantera identificando y arrojando luz sobre los factores involucrados y proponiendo intervenciones eficaces para prevenir los actos de violencia.

275. Como el Comité también había pedido que se preparase un marco regional para guiar la formulación de los planes nacionales de acción en el ámbito del régimen



alimentario, la nutrición y la actividad física, la funcionaria dijo que tal enfoque era plenamente compatible con la nueva orientación para la acción a nivel regional, de conformidad con la estrategia de gestión para el trabajo de la Oficina en 2003–2007. De acuerdo con esa orientación, se contemplaban dos instrumentos principales para promover el trabajo panamericano conjunto, a saber: 1) los programas regionales, cuando los países habían acordado trabajar conjuntamente para abordar una necesidad, cuando era posible establecer metas concretas y cuando existían los instrumentos y las estrategias para alcanzarlas; o bien 2) los marcos regionales para la acción, cuando persistía la necesidad de seguir evaluando la situación, definir las estrategias y mejorar la información. Tanto en el caso de la obesidad como en el de la violencia, la elaboración de un marco regional era el enfoque idóneo.

276. Con respecto a la priorización de las actividades, señaló que en una institución sumamente descentralizada como la OPS, que trabajaba en los niveles regional, subregional, nacional e infranacional, las prioridades serían diferentes entre uno y otro nivel. A nivel regional, era importante priorizar los instrumentos y elementos en los cuales los países podrían colaborar; por ejemplo, los sistemas de información o la sistematización y el intercambio de experiencias para determinar las intervenciones que daban resultado. Por otro lado, a nivel nacional e infranacional, las prioridades serían mucho más concretas y estarían determinadas por la situación epidemiológica en cada caso particular.

277. El Comité Ejecutivo no consideró necesario aprobar una resolución sobre este tema. No obstante, se acordó que la Oficina, de acuerdo con lo solicitado por el Comité, elaboraría un marco regional para guiar la formulación de planes nacionales de acción en materia de violencia.

### **Asuntos administrativos y financieros**

#### ***Informe sobre la recaudación de las cuotas (documento CE132/23 y CE130/23, Add. I)***

278. El Sr. Mark Matthews (Gerente, Área de Gestión e Informes Financieros, OPS) informó de que, hasta el 31 de diciembre de 2002, la recaudación de las cuotas había sumado \$90,6 millones, de los cuales \$67,6 millones representaban el pago de las cuotas de 2002, y \$23 millones correspondían a años anteriores. La información detallada sobre los pagos de las cuotas por los Estados Miembros y las fechas correspondientes figuraban en el anexo A del documento CE132/23. El 1 de enero de 2003, los atrasos totales correspondientes a los años anteriores a 2003 sumaban \$49,1 millones. Los pagos recibidos entre el 1 de enero y el 16 de junio de 2003 habían ascendido a \$9,4 millones, o sea, 19,2% de ese total, con lo cual los atrasos disminuyeron a \$39,7 millones, por comparación con \$30,6 millones en 2002 y \$22,2 millones en 2001.

279. La recaudación de las cuotas asignadas correspondientes a 2003 había ascendido a \$21,1 millones al 16 de junio de 2003. Once Estados Miembros habían pagado la totalidad de sus cuotas de 2003, 3 habían efectuado pagos parciales y 25 no habían efectuado ningún pago. Las recaudaciones representaban 23% de las cuotas del año en curso; las cifras correspondientes eran de 33% en 2002, 32% en 2001 y 27% en 2000. En total, la recaudación de las cuotas atrasadas y las cuotas del año en curso durante 2003 sumaba \$30,5 millones, por comparación con \$48.3 millones en 2002, \$61,5 millones en 2001 y \$47 millones en 2000. La información detallada sobre los pagos recibidos y su aplicación se podía consultar en el anexo B del documento mencionado. Desde el 16 de junio, la OPS había recibido pagos adicionales por la cantidad de \$18.591 de Guyana, \$25.000 del Ecuador y \$25.501 de Santa Lucía.

280. El Artículo 6.B de la Constitución de la OPS disponía la suspensión de los derechos de voto si un Estado Miembro se atrasaba en el pago de sus cuotas por un monto superior al total de las contribuciones asignadas correspondientes a dos años completos. El mismo artículo también le otorgaba a la Conferencia Sanitaria Panamericana o el Consejo Directivo la opción de permitir que el Estado Miembro votara, si estaba convencida de que la incapacidad de pagar se debía a razones ajenas a su voluntad.

281. Los Estados Miembros sujetos a la aplicación del Artículo 6.B en aquel momento eran Argentina, República Dominicana, Suriname y Venezuela. Argentina adeudaba un total de \$24,4 millones, de los cuales \$12,1 millones correspondían al período de 1997 a 2000. El gobierno argentino había presentado un plan de pagos diferidos que había sido aceptado por la Oficina en 2000. Para conservar su derecho de voto, se le pediría a la Argentina que pagara \$11,1 millones antes de la apertura del 44.º Consejo Directivo. Hasta la fecha, había pagado un total de \$501.672.

282. La República Dominicana adeudaba aproximadamente \$515.000, de los cuales \$62.000 correspondían al año 2000. El plan de pagos diferidos aprobado por la Oficina en 2001 estipulaba que tenía que pagar \$197.500 correspondientes al año 2003. Además, según el plan, seguía adeudando un saldo de \$560 correspondiente a 2002. No había efectuado ningún pago en 2003. Se necesitaría un pago mínimo de \$61.969 para quitar a la República Dominicana de la lista de Estados Miembros a los que podría aplicarse el Artículo 6.B.

283. Suriname adeudaba aproximadamente \$231.000, de los cuales \$55.000 correspondían al año 2000. Por consiguiente, estaba sujeto a la aplicación del Artículo 6.B. Desde 2001 no se había recibido ningún pago. Para sacar a Suriname de la lista de Estados Miembros a los que se podría aplicar el artículo 6.B, era preciso que pagara \$54.884.

284. Venezuela adeudaba aproximadamente \$8,4 millones, de los cuales cerca de \$328.000 correspondían al año 2000. Desde 2000 no se había recibido ningún pago. Para evitar la aplicación del artículo 6.B, dicho Estado Miembro tenía que efectuar un pago mínimo de \$327.863.

285. En el debate que siguió a la presentación del informe, se señaló que en otro punto del orden del día se pediría al Comité Ejecutivo que autorizara un aumento del Fondo de Trabajo. Los delegados se preguntaban si eso no señalaba la necesidad de una acción más enérgica para motivar a los Estados Miembros a que abonaran sus cuotas oportunamente. También se señaló que la OPS había aplicado el Artículo 6.B con muy poca frecuencia, lo cual quizá indicase a los Miembros que corrían poco peligro de ser sancionados, y, en consecuencia, tendían a pagar otros compromisos antes de cumplir sus obligaciones con la OPS. A otros delegados les pareció que todos los Estados Miembros eran conscientes de los dividendos que obtenían a cambio de sus pagos a la Organización y tenían toda la intención de cumplir con sus obligaciones, pero que era necesario que se tuvieran en cuenta las dificultades económicas y las exigencias conflictivas que muchos de ellos estaban afrontando.

286. Un delegado preguntó si las cuentas de la Organización reflejaban genuinamente su situación financiera real, o si quizá hubiese algunas reservas ocultas. En particular, preguntó si era realista esperar recaudar los \$22 millones adeudados por Argentina y los \$8 millones que debía Venezuela.

287. El Sr. Matthews señaló que si cada país liquidara completamente su cuota el primer día del año, no habría necesidad de tener un Fondo de Trabajo. La necesidad de tal fondo estaba vinculada con el momento en que se efectuaba el pago de las cuotas, las modalidades del gasto y las entradas en concepto de ingresos varios. Explicó que un subcomité constituido por varios Estados Miembros analizaba la situación de los países de conformidad con el Artículo 6.B, teniendo en cuenta su cumplimiento de los planes de pagos diferidos. Ese subcomité recomendaba al Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana si correspondía aplicar las disposiciones del Artículo 6.B. Si bien era verdad que estas se aplicaban con poca frecuencia —en los ocho años anteriores, sólo a un Estado Miembro se le había suspendido el derecho de voto—, el funcionario opinó que había indicios de que las disposiciones del Artículo 6.B sí actuaban como un incentivo para que los Estados Miembros abonaran sus cuotas.

288. El orador aseguró al Comité Ejecutivo que las cuentas de la Organización, tal como se presentaban en el Informe financiero del Director, estaban completas y satisfacían plenamente los principios contables generalmente aceptados; no había nada oculto. El estado de las cuentas deficientes se reflejaba en dicho informe. También dijo que la Organización nunca había anulado los efectos por cobrar de ningún Estado Miembro, y estaba seguro de que se recibirían todos los fondos adeudados.

289. La Directora señaló que si bien los temas examinados eran delicados, la OPS siempre los había tratado de una manera franca y positiva. Los países, tanto grandes como pequeños, podían tener dificultades para pagar y verse obligados a solicitar un aplazamiento. Consideró que una de las cosas más sanas acerca de la Organización había sido la creación —por propuesta de México veinte años atrás— del subcomité encargado de examinar las disposiciones del Artículo 6.B y proponer una manera de resolver las dificultades. La OPS también había sido la primera organización en proponer planes de pago flexibles a los Estados Miembros que tenían dificultades. Generalmente, esos planes se cumplían, aunque a veces tenían que renegociarse. El método del plan de pagos diferidos había sido adoptado posteriormente por la OMS, que hasta entonces sencillamente había retirado los derechos de voto a los Estados Miembros que estaban en mora. Esa medida, sin embargo, no había persuadido a los Estados Miembros de pagar sus cuotas: algunos países habían permanecido en mora, y sin derecho de voto, por casi veinte años.

290. La Dra. Roses recalcó que la Oficina había tenido mucho cuidado de instar a los gobiernos a que pagasen sus cuotas pendientes, no solo a la OPS sino también a la OMS. Estaba en contacto con funcionarios de alto nivel encargados del presupuesto en los Estados Miembros, alentándolos a que establecieran líneas presupuestarias específicas para el pago de tales obligaciones. La Oficina había observado que, en términos generales, si un Estado Miembro le debía dinero a la OPS, le debía a todas las organizaciones. Y cuando tal país empezaba a pagar, la primera organización a la que le pagaba era la OPS. Esto era algo de lo que la Organización podía enorgullecerse, pues indicaba el valor que los países atribuían a su labor.

291. El Comité aprobó la resolución CE132.R2 sobre este tema.

***Informe financiero parcial del Director para 2002 (Documento oficial 311)***

292. El Sr. Matthews también presentó el *Documento oficial 311*, que contenía el informe de la Directora sobre las transacciones financieras de la OPS correspondientes al año anterior y daba a conocer la situación financiera de la Organización al 31 de diciembre de 2002. El funcionario señaló que los estados financieros seguían adhiriéndose a las normas de contabilidad del sistema de las Naciones Unidas, y que los informes proporcionaban un resumen tabular del estado financiero, en el que se mencionaban por separado las actividades de la OPS, la OMS y tres centros panamericanos: el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) y el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP).

293. El estado del activo, el pasivo, las reservas y los saldos de los fondos al 31 de diciembre de 2002 reflejaba la sólida situación financiera de la Organización. El aumento

de \$42,0 millones del efectivo depositado en bancos e inversiones reflejaba los siguientes aumentos de los saldos: \$24,0 millones del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas, \$5,5 millones en anticipos de gobiernos e instituciones para compras, \$4,3 millones de fondos fiduciarios, \$3,5 millones del Fondo Estratégico, y \$2,0 millones del Fondo de Previsión para los pagos por Rescisión de Nombramiento y Repatriación.

294. Dado que los ingresos en 2002 habían excedido los gastos, el estado de ingresos y gastos y los cambios en los saldos de los fondos reflejaban un aumento de \$658.000 en el saldo del Fondo de Trabajo. Sin embargo, se debía tener presente que el informe financiero parcial se preparaba según el método de contabilidad de caja y no reflejaba las obligaciones financieras contraídas pero que aún no se pagaban. Por lo tanto, el aumento del saldo registrado en el primer año del bienio disminuiría durante el segundo año conforme se pagaran dichas obligaciones.

295. De conformidad con el Artículo 103.4 de las Reglas Financieras, todo excedente que hubiera a fines de un bienio debía usarse para reconstituir el Fondo de Trabajo a su nivel autorizado de \$15,0 millones. Al 31 de diciembre de 2002, el Fondo de Trabajo había alcanzado su nivel máximo, pero había disminuido considerablemente en varias ocasiones durante 2003 debido al retraso en el pago de las cuotas.

296. Los gastos totales de \$359,6 millones correspondientes a 2002 reflejaban un aumento de \$71,4 millones desde 2000, el primer año del último bienio. Ese aumento era atribuible en gran parte a un aumento de \$60,7 millones en las compras de vacunas para el Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización, de \$6,2 millones en el presupuesto ordinario, de \$4,3 millones en los fondos fiduciarios, de \$3,5 millones en el Fondo Estratégico y de \$1,4 millones en los gastos de los tres centros panamericanos. Esos aumentos habían sido contrarrestados por disminuciones pequeñas en otros programas.

297. Los ingresos varios percibidos durante 2002 para el presupuesto ordinario sumaban aproximadamente \$5,8 millones, que incluían \$4,6 millones en intereses devengados, \$689.000 en ahorros o cancelaciones de obligaciones de períodos anteriores, \$59.000 en diferencias por cambio de moneda y \$514.000 en otros ingresos varios. Los intereses totales devengados por los fondos de la Organización habían contribuido con \$5,4 millones al presupuesto ordinario y a proyectos de otro tipo en 2002.

298. Los gastos del programa de compras para gobiernos e instituciones habían alcanzado \$8,2 millones. El fondo había cerrado el año 2002 con un saldo de \$11,4 millones. Las compras realizadas con cargo al Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas habían ascendido en total a \$144,7 millones, por comparación con \$130 millones en 2001 y \$83,9 millones en 2000.<sup>7</sup> El factor significativo de este aumento habían sido los grandes pedidos hechos por Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia,

Ecuador, Honduras, México y República Dominicana. Los \$4,3 millones ganados en concepto de gastos de apoyo a programas para el Fondo Rotatorio en 2002 habían aumentado la capitalización de este a \$22,4 millones.

299. CAREC, CFNI e INCAP habían tenido un exceso neto combinado de ingresos sobre gastos de \$3,7 millones. En 2002, los ingresos recibidos para el presupuesto ordinario de CAREC habían alcanzado \$2,0 millones, mientras que los gastos habían sumado \$1,8 millones, una diferencia de \$184.000. Después de los ajustes, los ingresos netos aportados por las actividades del presupuesto ordinario de CAREC en 2002 habían aumentado el Fondo de Trabajo del centro de \$737.000 a \$746.000. El Fondo de Previsión, que contenía los fondos restringidos para inversiones con miras a la jubilación de los funcionarios de CAREC, había alcanzado \$1,6 millones. El Estado de las cuotas de los Estados Miembros mostraba saldos adeudados al 31 de diciembre de 2002 por un valor de \$4,2 millones, ligeramente por debajo de la cifra correspondiente a fines de 2001. El pago completo de las cuotas por los países miembros de CAREC mejoraría significativamente la situación financiera de este.

300. Los estados financieros de CFNI reflejaban que los gastos excedían los ingresos, de manera que había un déficit de \$77.000 en el presupuesto ordinario de 2002. El déficit acumulado en el presupuesto ordinario y el fondo de trabajo de este centro había aumentado a \$421,000 dólares al 31 de diciembre de 2002.

301. El Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) había recibido ingresos del presupuesto ordinario por un monto de \$932.000, y había tenido gastos similares en 2002. Como resultado, el saldo de su fondo de trabajo había permanecido en \$1,0 millones. Los fondos restringidos para las inversiones con miras a la jubilación y el pago de prestaciones de los funcionarios ascendieron a \$2,6 millones. La recaudación de las cuotas había mejorado significativamente durante los cinco últimos años; el saldo de cuotas pendientes había disminuido de \$843.000 en 1997 a \$256.000 en 2002. El factor significativo en ese mejoramiento había sido el pago oportuno de las cuotas por Belice, El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá.

302. En respuesta a una pregunta de uno de los delegados con respecto a la manera de administrar el dinero en efectivo y las inversiones, el Sr. Matthews aclaró que la frase "depósitos en efectivo y a plazo fijo" indicaba las sumas que estaban invertidas, pero no a más largo plazo. Cada dólar de la Organización estaba obteniendo un rendimiento. La OPS tenía un personal de tesorería muy capaz que mantenía una liquidez suficiente para hacer frente a los egresos de efectivo.

303. La Directora dijo que si bien el informe financiero ilustraba algunos de los temas planteados en el punto precedente del orden del día acerca de las cuotas, la situación era en realidad más compleja. Ella consideraba que la OPS se singularizaba entre las organizaciones internacionales debido a las conexiones operativas íntimas entre la

Organización y sus Miembros. En muchos países, la OPS funcionaba en locales proporcionados por el gobierno; en otros, compartía los gastos de operación con el gobierno o trabajaba al lado de expertos proporcionados por este. Ello significaba que el tipo de ingresos que recibía la Organización estaba íntimamente vinculado a todos los recursos no presupuestarios que los países facilitaban, además de sus cuotas. Todos los días se veía funcionar esta modalidad compleja de ingresos, que revelaba la generosidad y la solidaridad inmensas de los países de la Región.

304. La Directora quiso rendir homenaje al Sr. Matthews, quien estaba por trasladarse a la Oficina Regional de la OMS en Manila. La visión, el profesionalismo y la eficiencia de este funcionario habían sido inestimables para la OPS a lo largo de un período de ocho años que a menudo había tenido sus crisis. Sus esfuerzos no solo habían ayudado a modernizar la Organización, sino que habían contribuido a darle prestigio, tanto dentro de la Región como fuera de ella. El Sr. Matthews había creado un espíritu de equipo y había ayudado a disminuir las fricciones, comunes en todas las organizaciones, entre el lado técnico y el lado administrativo.

305. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe pero no consideró necesario aprobar una resolución sobre este tema.

***Examen del nivel autorizado del Fondo de Trabajo (documento CE132/24)***

306. La Sra. Sharon Frahler (Jefa, Unidad de Finanzas, Área de Gestión e Informes Financieros, OPS) presentó el documento CE132/24 y explicó que debía leerse como complemento del documento CE130/24, el cual proponía un aumento del nivel autorizado del Fondo de Trabajo para reflejar las realidades y los riesgos inherentes al ambiente político y económico que privaba en ese momento. El examen por el Comité Ejecutivo de las propuestas anteriores había planteado algunas preguntas con respecto al pronto pago de las cuotas, el análisis histórico de la utilización de recursos y las opciones que tenía ante sí la Directora. El Comité había decidido posponer la decisión acerca de la propuesta, en espera de que se le dieran más aclaraciones en cuanto a la necesidad de un aumento, y reexaminarla en la presente sesión.

307. Desde la 130.<sup>a</sup> sesión, la OPS había experimentado cuatro períodos críticos en los cuales se había agotado el saldo del Fondo de Trabajo. Esos períodos se habían relacionado directamente con los retrasos en la recaudación de las cuotas, y no solo se había producido un riesgo de repercusiones negativas en la ejecución de los programas, sino que se había carecido por completo de una protección para los gastos imprevistos y extraordinarios, según lo estipulado en el Artículo VII del Reglamento Financiero. Si no se hacía algo para resolver esa situación, en el futuro volverían a presentarse deficiencias del flujo de efectivo. Las incertidumbres económicas y las presiones inflacionarias que

azotaban a la Región, aunadas a los aumentos de costos obligatorios de las actividades programáticas, seguirían imponiendo presión sobre el capital de trabajo de la Organización.

308. En ese momento, la única opción para aumentar el nivel del Fondo de Trabajo sería autorizar adelantos internos, una práctica seguida por muchos otros organismos de las Naciones Unidas mediante la cual ciertos recursos financieros administrados por una organización se transferían temporalmente a su fondo operativo ordinario. Tal mecanismo no solo reflejaba una contabilidad deficiente, sino que también podía perjudicar otras operaciones fundamentales al privarlas de la liquidez necesaria. También debilitaba la recaudación necesaria y la disciplina de programación; por ello, en opinión de la OPS, sólo debía hacerse como último recurso y con la aprobación de los Cuerpos Directivos.

309. Se proponía aumentar en \$5 millones el nivel autorizado del Fondo de Trabajo hasta un total de \$20 millones, que equivalía aproximadamente a 2,5 meses de efectivo para gastos de operación del presupuesto ordinario de la Organización. Se proponía además que el aumento se financiara, gradualmente, usando cualquier excedente de los ingresos sobre los gastos que resultara del pago de cuotas atrasadas o de las economías logradas gracias a la eficiencia en la ejecución del presupuesto bienal por programas, empezando con el bienio en curso.

310. La Delegada de los Estados Unidos de América dijo que la política de su gobierno era que los fondos de trabajo de las organizaciones internacionales no debían pasar del 8,3% del presupuesto anual total, equivalente a cerca de un mes de gastos operativos. Lo que se pretendía con tales fondos era cubrir los déficit a corto plazo de dinero en efectivo debidos al pago atrasado de las cuotas. Si había un problema fundamental de falta de pago, la OPS tendría que ajustar el presupuesto a los ingresos que cabía esperar razonablemente. Estados Unidos no apoyaba un aumento del Fondo de Trabajo, que quizá tuviera el efecto no deseado de quitarles presión a los gobiernos que no estaban pagando sus cuotas.

311. El Delegado de Jamaica opinó que, si bien compartía algunas de las inquietudes planteadas por Estados Unidos, no se podía aplicar un porcentaje fijo a todas las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas. En vez de ello, el nivel de los fondos de trabajo debía determinarse teniendo en cuenta el historial y la experiencia de cada organización en particular. Propuso que se aprobara el aumento propuesto, pero implantando algún mecanismo de supervisión, que se tendría en cuenta cuando surgiese la necesidad de aumentar el capital de trabajo más allá del nivel aprobado.

312. Los Miembros del Comité hicieron varias preguntas específicas con respecto a las operaciones del Fondo. Un delegado inquirió quién tenía discreción sobre el uso del



Fondo de Trabajo y si estaba previsto recurrir a él para cubrir los gastos de operación presupuestados o los gastos no planificados que surgían de circunstancias imprevistas. Otro delegado expresó inquietud en cuanto a la manera en que el aumento propuesto sería financiado y si resultarían afectados los recursos disponibles para los programas. Se pidió a la Sra. Frahler que aclarara lo que quería decir "la necesaria ampliación de las actividades de la OPS" (en el párrafo 7 del documento CE132/24). También se le solicitó que explicara de qué manera el aumento propuesto a \$20 millones se comparaba con el Fondo de Trabajo de la OMS, y si la OPS tenía una estrategia para recaudar las cuotas atrasadas con el fin de reducir al mínimo el uso de dicho fondo, en particular cuando este se hallaba a punto de agotarse.

313. La Sra. Frahler señaló que si el Fondo de Trabajo fuese el equivalente de 8,3% del presupuesto total de la OPS, incluida la porción aportada por la OMS, sobrepasaría los \$20 millones. El nivel se había aumentado por última vez a \$15 millones en 1993; sin embargo, desde esa fecha la proporción del presupuesto ordinario correspondiente a la OPS había aumentado 24%. La aplicación de ese porcentaje al nivel actual de \$15 millones para mantener la misma flexibilidad que se tenía en 1993 llevaría el Fondo de Trabajo a aproximadamente \$18,7 millones, pero, para evitar los números fraccionarios, la Oficina había redondeado el aumento solicitado a \$20 millones. Con respecto a cómo se financiaría el aumento de \$5 millones, explicó que si este se aprobaba en ese momento, en una fecha posterior, cuando se pagaran algunas cuotas atrasadas, cualquier excedente de los ingresos sobre el gasto se transferiría gradualmente al Fondo de Trabajo hasta que este alcanzara los \$20 millones.

314. La funcionaria explicó que, cuando había un déficit por falta de pago de las cuotas, la OPS recurría automáticamente al Fondo de Trabajo para los gastos del presupuesto ordinario. El dinero de dicho fondo sólo se usaba normalmente para cubrir los gastos de operación ordinarios: sueldos, honorarios de asesores temporeros, programas en el campo y así sucesivamente. En el caso de grandes gastos extraordinarios no incluidos en el presupuesto ordinario aprobado por los Estados Miembros, como las renovaciones recientes del edificio de la sede de la OPS, la Oficina estaba obligada a solicitar la aprobación del Comité Ejecutivo para utilizar el Fondo. Aunque en el papel podría parecer que la OPS tenía un nivel muy alto de reservas de dinero en efectivo que podrían usarse para cubrir los déficit, esas reservas se asignaban a programas y fondos específicos, como el programa de vacunas, las compras en nombre de los Estados Miembros y las prestaciones por separación del servicio para el personal que se jubilaba. La Oficina tenía la responsabilidad fiduciaria de nunca utilizar esos fondos para otros fines.

315. En respuesta a las sugerencias acerca de un mecanismo de supervisión, la oradora dijo que la Oficina estaría encantada de proporcionar, en cualquier momento, información sobre la situación financiera de la Organización y el uso que se hacía del

Fondo de Trabajo para cubrir los déficit. En cuanto al significado de la frase "la necesaria ampliación de actividades de la OPS", se refería a que era preciso incorporar en el presupuesto una importante variable financiera —los aumentos obligatorios de costos de los sueldos aprobados por las Naciones Unidas— sobre la cual ni los Estados Miembros ni la Oficina tenían control alguno.

316. El Fondo de Trabajo de la OMS era de sólo \$30 millones; sin embargo, los déficit se financiaban principalmente mediante adelantos internos, no de dicho fondo. De hecho, en el período presupuestario en curso, la OMS había recurrido a adelantos internos que ascendían a \$75,5 millones. Por contraposición, la Oficina Sanitaria Panamericana había sido renuente a adoptar la práctica de los adelantos internos porque creía que no iría de acuerdo con la gestión financiera conservadora y prudente favorecida por los Estados Miembros de la OPS. Además, hacer adelantos internos significaba tomar dinero asignado a los programas y usarlo para apoyar los gastos operativos ordinarios. La Oficina creía que era preferible utilizar el Fondo de Trabajo para cubrir tales gastos, pero, aun así, se proponía hacerlo en un grado mínimo. Con ese fin, dos veces al año se enviaba una carta a cada Estado Miembro, indicando el estado del pago de sus cuotas y preguntando cuándo liquidaría sus cuotas pendientes a la Organización.

317. La Directora recalcó que debía establecerse una distinción entre el asunto del uso del Fondo de Trabajo y el de los fondos adeudados por los países. El uso del fondo era un asunto de sincronización de los pagos y los gastos; por ejemplo, si todos los Estados Miembros abonaran sus cuotas en el último mes del año, estarían cumpliendo con sus obligaciones, pero la Oficina seguiría afrontando un problema de liquidez y tendría que recurrir al Fondo de Trabajo para cubrir los gastos durante los otros 11 meses. Es más, como el presupuesto por programas abarcaba dos años, si un país pagaba su cuota en diciembre del segundo año, resultaba imposible usar ese dinero durante el bienio; en consecuencia, era imprescindible recurrir al fondo mencionado.

318. En los meses recientes, la Oficina había estado examinando con las autoridades financieras de los países la posibilidad de efectuar pagos mensuales. Si los pagos anuales no se hacían al comienzo del año, los pagos mensuales resultaban mucho mejores porque permitían un flujo regular de efectivo y la planificación ordenada del gasto. Los pagos trimestrales también eran útiles, pero, cuando se trataba de grandes cantidades, el retraso de un solo mes en el pago de un trimestre tenía un efecto enormemente negativo sobre el flujo de efectivo de la Organización.

319. La Dra. Roses señaló que los aumentos obligatorios de los sueldo y los costos del seguro de salud solían ser aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas muy cerca del final del año y a menudo eran retroactivos. Aunque la Oficina intentaba calcular el monto de esos aumentos cuando se preparaba el presupuesto, era imposible predecirlos con exactitud. Además, a veces se producían sucesos externos imprevisibles,

como las devaluaciones, que tenían una repercusión grave sobre la situación del flujo de efectivo de la Organización y acarrearaban graves problemas en los gastos ordinarios. En estos casos también podía ser necesario recurrir al Fondo de Trabajo.

320. Por sugerencia del Delegado de Jamaica, el Presidente designó un grupo de trabajo pequeño, formado por Honduras, Estados Unidos y Jamaica, para revisar el proyecto de resolución contenido en el documento CE132/24 y formular una recomendación al Comité Ejecutivo en cuanto las medidas que debían tomarse. La resolución CE132.R3, aprobada posteriormente por el Comité, refleja el consenso alcanzado por dicho grupo.

#### ***Edificios de la OPS y sus instalaciones (documento CE132/25)***

321. El Sr. Edward Harkness (Gerente, Área de Servicios Generales y Compras, OPS) hizo referencia al documento CE132/25, en el cual se informaba sobre la renovación del edificio de la sede de la OPS anteriormente aprobada por el Comité Ejecutivo. En su reunión de junio de 2002, el Comité había aprobado el uso de \$220.000 del Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles con el fin de efectuar reparaciones a los garajes del sótano y subsótano del edificio de la Sede, que se habían deteriorado por el uso normal y presentaban daños causados por el agua. Si bien se habían venido haciendo reparaciones aisladas desde que el edificio se había ocupado en 1965, la acumulación de daños graves causados por el agua, especialmente la que arrastraba las sales utilizadas en invierno en las calles, requeriría la sustitución de una porción considerable de los pisos. Una empresa de ingeniería había realizado pruebas y la Organización estaba aguardando un informe detallado de la magnitud del problema, las opciones y los costos de las obras de reparación. Una vez que se conocieran los detalles, se le facilitarían al Comité Ejecutivo. Hasta la fecha, se habían destinado \$5.200 al estudio inicial de la situación; los \$214.800 restantes se destinarían a las obras propiamente dichas.

322. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe sobre la situación que guardan las obras de renovación, pero no consideró necesario aprobar una resolución sobre este tema.

#### **Asuntos de personal**

#### ***Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CE132/26, Rev. 1)***

323. El Sr. Philip MacMillan (Gerente, Área de Gestión de Recursos Humanos, OPS) resumió las modificaciones que se habían hecho al Reglamento y Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana desde la 130.<sup>a</sup> sesión del Comité en junio de 2002. Los

cambios ya habían sido aprobados por el Consejo Ejecutivo de la OMS y se presentaban al Comité Ejecutivo de la OPS para confirmación.

324. El Artículo 330.2 del Reglamento del Personal modificaba la escala de sueldos para el personal de las categorías P4 a D2, en conformidad con los aumentos aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 2002. El cambio, que había entrado en vigor el 1 de enero de 2003, se estaba haciendo en la OPS para lograr la uniformidad con las escalas de sueldos para el personal de la categoría profesional y superior en el régimen común de las Naciones Unidas. Como resultado, era necesario modificar los sueldos de los puestos de Director Adjunto, Subdirector y Director. Aplicando el mismo aumento de 6,3% que se había otorgado al personal de la categoría D2, se habían ajustado en consecuencia los sueldos de esos tres puestos. De conformidad con la política establecida, se pidió al Comité Ejecutivo que aprobara los sueldos modificados resultantes de los puestos de Director Adjunto y Subdirector y que recomendara al 44.º Consejo Directivo la modificación pertinente del sueldo de la directora.

325. Los Artículos 350.1 y 355 del Reglamento del Personal, relativos al derecho a los subsidios de educación, se habían revisado, con efecto desde el 1 de enero de 2003, para reflejar el aumento del máximo nivel reembolsable para los funcionarios que tenían derecho a ese subsidio. El Artículo 320.1 del Reglamento del Personal se había modificado para permitir que la Organización concediera escalones adicionales en el nombramiento inicial cuando las credenciales, aptitudes y experiencia de trabajo del funcionario sobrepasaran los requisitos mínimos del puesto. Ese cambio se había hecho con miras a dar mayor flexibilidad al proceso de contratación.

326. En el debate que siguió, se alentó a la Oficina a tratar de hacer economías, siempre que fuera factible, en los gastos de personal, al efecto de lograr que la Organización mantuviera una situación presupuestaria lo más sólida posible. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE132.R1, por la cual se confirmaron las modificaciones del Reglamento del Personal y se formuló una recomendación al Consejo Directivo con respecto al sueldo de la Directora.

***Intervención del representante de la Asociación de Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CE132/27)***

327. La Sra. Brenda Simons Gilliam (Presidenta, Asociación de Personal de la OSP) agradeció al Comité la oportunidad de dar a conocer algunas inquietudes de la Asociación de Personal, así como los adelantos logrados en las relaciones del personal con la administración desde el último informe de la Asociación, en junio de 2002. En virtud de la elección de la Dra. Mirta Roses como Directora, el año precedente había sido uno de los más notables en los cien años de existencia de la Organización. La Asociación

de Personal felicitaba a los Cuerpos Directivos por la audacia que suponía haber elegido, por primera vez en la historia de la OPS, a una mujer para el cargo de Director. El lema de la Directora de la Oficina era "Un solo equipo, una sola meta", y había tenido sumo cuidado de incluir a la Asociación de Personal como parte de ese equipo. La Asociación esperaba con interés seguir participando en esa sociedad.

328. El concepto de la sociedad entre el personal y la administración se trataría en la próxima reunión del Consejo Mundial Personal/Administración (CMPA) de la OMS, que incluiría representantes de la administración y de todas las asociaciones de personal de la OMS. La Asociación de Personal de la OSP creía que el concepto beneficiaría tanto a la Organización como a la Asociación, lo cual daría lugar a la toma de decisiones basada en la franqueza y la transparencia, así como al fortalecimiento de las relaciones entre el personal a todos los niveles. La Asociación de Personal esperaba con interés desarrollar aún más el concepto de la sociedad y, a decir verdad, creía que el proceso ya había empezado.

329. Pasando a los temas de especial importancia para la Asociación de Personal, la oradora dijo que la seguridad seguía siendo una inquietud, tanto para el personal de la Sede —especialmente desde el 11 de septiembre de 2001— como para el de las oficinas de campo. A la Asociación de Personal le parecía que el tema debía tratarse país por país para abordar los factores específicos que podrían plantear una amenaza para el personal en cada lugar de destino.

330. Otra inquietud era la mengua de los sueldos del personal de las oficinas de campo destinados en países con altas tasas de inflación y una grave devaluación de la moneda nacional. Esto último era preocupante porque la devaluación no solo disminuía el poder adquisitivo sino también el valor de las cotizaciones de la pensión y, con ello, las prestaciones futuras correspondientes. La Asociación esperaba que la Organización implantaría algún mecanismo interno para aliviar la presión que sobrellevaba el personal afectado. La Asociación de Personal se había enterado recientemente de que la Comisión de Administración Pública Internacional (CAPI) había propuesto cambios al método utilizado para realizar los estudios de los sueldos en todos los lugares de destino que no eran sede, incluido Washington, D.C., que no era un lugar de destino de sede dentro del régimen común de las Naciones Unidas. El efecto de esos cambios sería congelar los sueldos durante los años venideros, cosa que con el tiempo tendría una repercusión negativa sobre la capacidad de la Organización de atraer y contratar personal cualificado y competente. La Asociación de Personal se oponía a la aplicación del nuevo método.

331. La Asociación de Personal había señalado el tema del acoso a la atención del Comité el año precedente, y a la oradora le complacía informar de que se estaba redactando una política al respecto. El tema de la promoción profesional del personal también se había tratado el año precedente. La Asociación de Personal estaba convencida

de que todo el personal, incluido el de Servicios Generales, debía tener acceso a las oportunidades para la promoción profesional y que debía existir una vía de acceso para lograr que todo el personal mantuviera un alto nivel de conocimientos teóricos y prácticos. Ello permitiría capacitar al personal, que conocía y entendía a la Organización, para que de allí surgieran los directivos futuros; a su vez, serviría para mejorar la capacidad de la OPS de prestar una cooperación técnica eficaz. Un vehículo para ampliar la capacitación y el adelanto del personal a todos los niveles podría ser el Campus Virtual en Salud Pública, recientemente lanzado por la OPS. Otro podría ser la participación en los programas de certificación profesional ofrecidos en diversos campos. La rotación de personal de un puesto a otro o entre lugares de destino podría ser otro método de promoción profesional.

332. En conclusión, la oradora dijo que la Asociación de Personal reconocía los esfuerzos positivos que habían sentado las bases para la sociedad entre el personal y la administración que existía en ese momento. La Asociación encaraba el futuro sabiendo que se considerarían seriamente los asuntos planteados en su informe. La Dra. Roses, antes como Subdirectora y en ese momento como Directora, había sido muy receptiva a las inquietudes de la Asociación de Personal; la oradora estaba segura de que eso seguiría siendo así en el futuro.

333. La Directora declaró estar complacida con las relaciones entre el personal y la administración que habían prevalecido desde que ella había asumido el cargo. Se habían celebrado reuniones oficiales y oficiosas con la Asociación de Personal para abordar diversos temas. Con respecto a la seguridad, como el Comité había reconocido en el debate sobre la violencia y la salud pública, la violencia había aumentado en toda la Región y, en consecuencia, también había crecido la sensación de inseguridad. Aseguró a los Miembros que la OPS estaba adoptando medidas para abordar el problema. La Organización estaba trabajando con los gobiernos de los Estados Miembros y con el resto del sistema de las Naciones Unidas para proporcionar la mayor protección posible al personal en todos los países. En algunos lugares de destino donde la violencia era un problema especialmente grave, se había contratado personal especializado en seguridad para proteger al personal, con el fin de lograr que la cooperación técnica de la Organización no se interrumpiera.

334. La Directora reconoció los efectos negativos que las devaluaciones y la inflación habían tenido en los sueldos. La OPS había tratado de contrarrestar esos efectos mediante los mecanismos existentes, aunque admitía que eran insuficientes. No obstante, era preciso reconocer que los recursos de la Organización eran limitados y que esta tenía la responsabilidad, ante los Estados Miembros, de administrarlos prudentemente. De todos modos, la OPS era consciente del problema y seguía consultando con representantes tanto de la Asociación de Personal como de los Estados Miembros con vistas a encontrar la solución más apropiada.

335. En vista de que muchos funcionarios se habían integrado a los diversos grupos de trabajo establecidos con motivo de la reestructuración de la Oficina, la oradora creía que muchas de las inquietudes expresadas por la Asociación de Personal serían abordadas por esos grupos, en particular los que estaban examinando los temas relacionados con los ambientes de trabajo sanos y el desarrollo del capital humano. Con respecto a esto último, la Organización tenía una larga tradición de apoyar el desarrollo de personal porque creía que tenía la obligación de prestar servicios de calidad cada vez mayor a los Estados Miembros. Para tal efecto, la Oficina pronto efectuaría algunos cambios importantes en el sistema de contratación, incluida la adopción de criterios de selección más objetivos basados en la evaluación de los conocimientos, aptitudes y capacidades de los candidatos. Además, se habían introducido varias nuevas políticas en materia de personal; una de ellas era la política sobre el acoso mencionada por la Sra. Simons Gilliam; otras eran un código de conducta y una política de género, basada en la política correspondiente adoptada por la OMS. Una nueva política sobre la promoción del personal aumentaría el acceso a los puestos de nivel superior dentro de la Organización. En resumen, la Oficina reconocía que el recurso principal de la Organización era su capital humano, y, por consiguiente, seguiría trabajando para impulsar los intereses y el bienestar del personal.

336. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe pero no consideró necesario aprobar una resolución sobre este tema.

### **Asuntos de información general**

#### ***Resoluciones y otras acciones de la 56.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS (documento CE132/10)***

337. El Dr. César Vieira (Gerente interino, Área de Gobernanza y Políticas, OPS) presentó el documento CE132/10, donde se resumen las resoluciones y otras acciones de la 56.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS. La 56.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud había tenido lugar en Ginebra (Suiza) del 19 al 28 de mayo de 2003. Habían participado delegaciones de 187 Estados Miembros, incluidos 34 países de las Américas. También habían asistido representantes de más de cien organizaciones internacionales y no gubernamentales. El Dr. Javier Torres Goitia, Ministro de Salud de Bolivia, había sido elegido Vicepresidente de la Asamblea, mientras que el Dr. J. Larivière, de Canadá, había sido nombrado Presidente de la Comisión A, y la Sra. C. Velásquez, de Venezuela, había sido nombrada Relatora de la Comisión B.

338. El orden del día de la Asamblea de la Salud había cubierto más de cincuenta puntos, relacionados con una gran variedad de asuntos de política, de gestión e institucionales. La Asamblea había aprobado 35 resoluciones, 10 más que en 2002.

Sobresalían las resoluciones WHA56.2, por la cual se designaba al Dr. Jong-Wook Lee nuevo Director General de la OMS durante el período 2003-2008, y WHA56.4, por la cual se declaraba a la Dra. Gro Harlem Brundtland Directora General Emérita de la OMS. También eran dignas de mención las resoluciones WHA56.1, sobre el Convenio Marco para el Control del Tabaco, y WHA56.32, por la cual se había aprobado el presupuesto por programas de la OMS para el bienio 2004-2005.

339. Veinte de las resoluciones de la Asamblea tenían una pertinencia especial para los Estados Miembros de la Región de las Américas y para la Oficina Sanitaria Panamericana; 13 de ellas abordaban asuntos de política sanitaria y las 7 restantes se referían a asuntos de recursos y de gestión. Esas 20 resoluciones se resumían en los cuadros A y B del documento.

340. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el informe sobre la 56.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, la cual había resultado histórica porque había aprobado resoluciones sobre muchos temas fundamentales, entre ellos el Convenio Marco para el Control del Tabaco; la estrategia mundial del sector de la salud con respecto a la infección por el VIH/SIDA, y el compromiso de proporcionar asistencia a por lo menos 3 millones de personas infectadas por el VIH en los países en desarrollo para 2005; la prevención y el control de las pandemias y las epidemias anuales de influenza; y el síndrome respiratorio agudo grave (SRAG).

341. Los miembros señalaron que el prolongado debate sobre el SRAG había reflejado la importancia que los países otorgaban a la unión para encarar y superar una nueva amenaza para la salud pública. Aunque esa prueba se había superado, era preciso reconocer que en los primeros tiempos de la crisis la información no había fluido bien ni con prontitud. Se opinó que, en particular cuando existía el peligro de que otras noticias desplazaran a la salud pública de las primeras planas, la Organización tenía la responsabilidad de velar por que la información sanitaria siguiera proporcionándose de manera rápida y correcta.

342. El Delegado del Paraguay señaló que Brasil y Paraguay habían sido los primeros países americanos en firmar, la semana precedente, el Convenio Marco para el Control del Tabaco. Alentó a los otros países de la Región a que siguieran el ejemplo.

343. Los delegados consideraron desafortunado que, como el orden del día de la Asamblea de la Salud había estado tan lleno, el tema de la atención primaria de salud y la celebración del 25.<sup>o</sup> aniversario de la Conferencia de Alma-Ata no había recibido la atención que merecía. Por la misma razón, se había instado a las delegaciones a entregar sus declaraciones por escrito, lo cual las había privado de la oportunidad de dirigirse al pleno. Eso también era de lamentarse, pues los gobiernos invertían mucho tiempo y esfuerzo en preparar su posición con respecto a los temas abordados. Los delegados



también opinaron que las mesas redonda ministeriales podrían haberse colocado en una mejor posición dentro del desarrollo del orden del día.

344. El Presidente señaló que el nuevo Director General había indicado que consideraba muy importante a la Región de las Américas, a la cual prestaría la debida atención durante su mandato. También recordó que en la Asamblea de la Salud se había rendido homenaje al ex Ministro de Salud de Colombia, Dr. Juan Luis Londoño, quien había muerto en un accidente aéreo mientras cumplía con su deber, y al Dr. Carlo Urbani, de la OMS, quien había identificado por vez primera el SRAG y luego había muerto a causa de este.

345. El Dr. Vieira agradeció las observaciones de los delegados, que ayudarían a la Oficina a expresar su punto de vista sobre las diversas resoluciones adoptadas, así como corregir y ampliar alguna información que faltaba en la versión inicial del documento, como el hecho de que Canadá y Ecuador habían sido elegidos para el Consejo Ejecutivo.

346. La Directora observó que la Región había desempeñado un papel importante en el trabajo de la Asamblea Mundial de la Salud. Aunque sólo dos de las resoluciones habían requerido votación, lograr el consenso había exigido muchas horas de trabajo en los subgrupos. A este respecto, ella deseaba reconocer en particular los esfuerzos de las delegaciones de Brasil y Estados Unidos de América en la redacción definitiva de la resolución sobre la propiedad intelectual.

347. La oradora coincidió con la opinión de que no se había dedicado el tiempo suficiente al tema de la atención primaria de salud. En la Región de las Américas, había una decisión firme de dar cumplimiento a los compromisos de la Conferencia de Alma-Ata, así como a los relacionados con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. También estuvo de acuerdo en que se necesitaba mejorar la organización de las mesas redondas y las sesiones técnicas. Había que lograr un mejor equilibrio entre las ponencias de carácter técnico y las sesiones de índole deliberativa y administrativa.

348. La Directora rindió homenaje al Sr. Tommy Thompson, Secretario de Salud de los Estados Unidos, por el apoyo que brindó al Convenio Marco para el Control del Tabaco, y al Embajador Celso Amorim, del Brasil, por su trabajo como Presidente del Órgano de Negociación.

349. Con ocasión de la Asamblea de la Salud, la Directora había participado en una reunión con todas las organizaciones no gubernamentales de la Región para escuchar sus puntos de vista. También había asistido a una reunión de intercambio con las misiones de los Estados Miembros americanos acreditadas en Ginebra, al objeto de echar a andar un proceso más eficaz para mantenerlas informadas de los debates que tuvieran lugar en Washington y de coordinar mejor las actividades.

350. La funcionaria señaló que un tema principal en la Asamblea de la Salud del siguiente año sería la evaluación a mitad de período de las repercusiones de la resolución WHA51.31, que, como se había señalado en el debate acerca del presupuesto, había cambiado la distribución de los recursos de la OMS a las regiones y causado una reducción significativa de la contribución de la OMS al presupuesto de la OPS. La redistribución había sido apoyada por los países americanos por espíritu de solidaridad, pero había llegado el momento de examinar sus efectos reales.

351. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe pero no consideró necesario aprobar una resolución sobre este tema.

### **Clausura de la sesión**

352. La Directora expresó su agradecimiento a todas las delegaciones —tanto de los Miembros del Comité Ejecutivo como de los observadores—, así como a las organizaciones no gubernamentales presentes, por su activa participación. Rindió homenaje al Sr. Roberto Rivero por sus casi veinte años de servicio y le deseó lo mejor en su jubilación.

353. El Presidente agradeció a la Directora y al personal de la Oficina todo el apoyo que habían prestado durante la sesión. Tras manifestar los buenos deseos del Comité Ejecutivo al Sr. Rivero, así como al Sr. Mark Matthews y al Dr. David Brandling-Bennett, que iban a pasar a desempeñar otras actividades, declaró clausurada la 132.<sup>a</sup> sesión.

### **Resoluciones y decisiones**

354. Se presentan a continuación las resoluciones aprobadas y las decisiones adoptadas por el Comité Ejecutivo en su 132.<sup>a</sup> sesión:

#### ***Resoluciones***

***CE132.R1:                    Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana***

#### ***LA 132.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo considerado las modificaciones al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana presentadas por la Directora en el anexo 1 al documento CE132/26;

Teniendo en cuenta las decisiones de la 56.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud respecto de la remuneración de los Directores Regionales, de los Asesores Superiores y de la Directora General;

Consciente de las disposiciones del Artículo 020 del Reglamento del Personal y del Artículo 3.1 del Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, y de la resolución CD20.R20 del 20.<sup>o</sup> Consejo Directivo, y

Reconociendo la necesidad de que exista uniformidad en las condiciones de empleo del personal de la OSP y el de la OMS,

**RESUELVE:**

1. Confirmar, en conformidad con el Artículo 020 del Reglamento del Personal, las modificaciones del Artículo 330.2 del Reglamento del Personal hechas por la Directora, con efecto a partir del 1 de enero de 2003, respecto de la escala de sueldos aplicable al personal de la categoría profesional y superior.
2. Establecer, con efecto a partir del 1 de enero de 2003:
  - a) el sueldo anual neto del Director Adjunto en US\$ 115.207, con familiares a cargo, y en \$104.324 sin familiares a cargo;
  - b) el sueldo anual neto del Subdirector en \$114.207, con familiares a cargo, y en \$103.324 sin familiares a cargo.
3. Confirmar, en conformidad con el Artículo 020 del Reglamento del Personal, las siguientes modificaciones del Reglamento del Personal hechas por la Directora, con efecto a partir del 1 de enero de 2003:
  - a) al Artículo 110.7, relativo a las normas de conducta;
  - b) al Artículo 320.1, relativo a la determinación de los sueldos;
  - c) a los Artículos 350.1, 350.2.2 y 355 relativos a los derechos a subsidio de educación, aplicables desde el año escolar en curso el 1 de enero de 2003, y
  - d) a los Artículos 410.3.1 y 410.3.2.1 relativos al empleo de familiares.
4. Recomendar al 44.<sup>o</sup> Consejo Directivo:
  - a) que tome nota de las modificaciones del Reglamento del Personal hechas por la Directora y confirmadas por el Comité Ejecutivo en su 132.<sup>a</sup> sesión, relativas, entre otras cosas, a las normas de conducta, el derecho al subsidio de educación,

- la determinación de los sueldos, las políticas de contratación y la licencia de paternidad;
- b) que establezca el sueldo anual neto de la Directora en \$125.609, con familiares a cargo, y en \$113.041, sin familiares a cargo, con efecto a partir del 1 de enero de 2003.

*(Segunda reunión, 23 de junio de 2003)*

**CE132.R2:                   Recaudación de las Cuotas**

**LA 132.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Habiendo considerado el informe de la Directora sobre la recaudación de las cuotas (documento CE132/22 y Add. I), así como el informe relativo a los Estados Miembros atrasados en el pago de las cuotas al punto de que pueden estar sujetos a la aplicación del artículo 6.B de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud;

Teniendo en cuenta las disposiciones del artículo 6.B de la Constitución de la OPS relativas a la suspensión de los derechos de voto de los Estados Miembros que no cumplan sus obligaciones financieras, y de la posible aplicación de dichas disposiciones a los Estados Miembros que no cumplan el plan aprobado de pagos diferidos; y

Observando con inquietud que hay 25 Estados Miembros que no han efectuado ningún pago de sus contribuciones señaladas para 2003 y que las cantidades recaudadas correspondientes a las contribuciones de 2003 representan sólo 23% del total de las cuotas señaladas para el año en curso,

**RESUELVE:**

1. Tomar nota del informe de la Directora sobre la recaudación de las cuotas (documento CE132/22 y Add. I).
2. Agradecer a los Estados Miembros que ya han efectuado pagos correspondientes a 2003 e instar a los demás Estados Miembros a que paguen sus cuotas pendientes lo más pronto posible.
3. Recomendar al 44.º Consejo Directivo que las restricciones al derecho de voto estipuladas en el artículo 6.B de la Constitución de la OPS se apliquen rigurosamente a aquellos Estados Miembros que, para la fecha de la apertura de dicha sesión, no hayan efectuado pagos suficientes destinados a cumplir con sus compromisos relativos a las

cuotas, y a los que no hayan efectuado los pagos previstos de conformidad con sus planes de pagos diferidos.

4. Solicitar a la Directora que continúe informando a los Estados Miembros acerca de todo saldo pendiente y que informe al 44.º Consejo Directivo sobre el estado de la recaudación de las cuotas.

*(Sexta reunión, 25 de junio de 2003)*

***CE132.R3: Examen del Nivel Autorizado del Fondo de Trabajo***

***LA 132.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo estudiado el informe de la Directora sobre el examen del nivel autorizado del Fondo de Trabajo (documento CE132/24);

Observando que el artículo 7.1 del Reglamento Financiero estipula que la Conferencia Sanitaria Panamericana o el Consejo Directivo determinarán periódicamente el importe y la finalidad del Fondo de Trabajo;

Observando con preocupación los crecientes imperativos que pesan sobre el Fondo de Trabajo a medida que se amplían las actividades de la Organización, y

Observando la necesidad de situar más adecuadamente a la Organización para hacer frente a las incertidumbres de los ingresos y los ciclos de presupuestación,

***RESUELVE:***

Recomendar al 44.º Consejo Directivo que apruebe una resolución redactada en los siguientes términos:

***EL 44.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Habiendo estudiado la recomendación del Comité Ejecutivo relativa al aumento al nivel autorizado del Fondo de Trabajo, y reconociendo que los crecientes imperativos requieren un mayor Fondo de Trabajo para lograr que el programa de cooperación técnica de la Organización se lleve a cabo de modo eficaz y ordenado,

**RESUELVE:**

1. Aprobar un aumento del nivel autorizado del Fondo de Trabajo de US\$15 millones a \$20 millones.
2. Autorizar a la Directora a financiar el aumento del Fondo de Trabajo con cualquier superávit resultante de la recaudación de atrasos de las cuotas o con los resultados de la ejecución del presupuesto bienal por programas, a partir del bienio 2002-2003.
3. Solicitar a la Oficina:
  - a) Que examine el estado del pago de las cuotas por parte de todos los Estados Miembros que hayan negociado planes de pagos parciales, a fin de esforzarse por lograr el cumplimiento de dichos pagos al 31 de diciembre de 2003 o, en caso de incumplimiento, que negocie nuevos planes de pagos con la meta de que no excedan de cinco años;
  - b) Que si el 1 de enero de 2004 el déficit de la Organización al final del mes sobrepasa los \$10 millones, informe de esta situación a los Miembros del Comité Ejecutivo, mencionando los nombres de los Estados Miembros que no estén cumpliendo su plan de pagos y enviando a estos copia de la carta correspondiente;
  - c) Que el 1 de enero de cada año establezca planes de pagos parciales, con la meta de que no excedan de un plazo de cinco años, con los Estados Miembros cuyo retraso en el pago de cuotas justifique la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS.
4. Que en junio de 2006 examine el estado del Fondo de Trabajo y los planes de pagos de los Estados Miembros.

*(Séptima reunión, 26 de junio de 2003)*

**CE132.R4:**                    **13.ª Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (13.ª RIMSA)**

**LA 132.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Habiendo considerado el informe final de la 13.ª Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (13.ª RIMSA) (documento CE132/12, Rev. 1),

**RESUELVE:**

Recomendar al 44.º Consejo Directivo que apruebe una resolución redactada en los siguientes términos:

**EL 44.º CONSEJO DIRECTIVO,**

Habiendo considerado el informe final de la 13.ª Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (13.ª RIMSA) (documento CD44/8);

Teniendo presente la resolución CD17.R19, por la cual se autorizó al Director a convocar esta reunión, y la resolución RIMSA11.R3, ratificada por el 41.º Consejo Directivo, por la cual se pidió al Director de la OPS que convocara la participación en la RIMSA tanto de los ministros de agricultura y ganadería como de los ministros de salud;

Considerando que la RIMSA sigue siendo el foro intersectorial de más alto nivel político para abordar importantes temas sanitarios relacionados con los sectores de salud y agropecuario, y

Reconociendo la amplia respuesta obtenida por la convocatoria de la Directora dirigida a los ministros de agricultura, ganadería y salud de los Estados Miembros para que participaran en la 13.ª RIMSA,

**RESUELVE:**

1. Refrendar las recomendaciones y resoluciones de la 13.ª RIMSA.
2. Instar a los Estados Miembros a que sigan fortaleciendo los mecanismos para la coordinación intersectorial entre los sectores de la salud y agropecuario con miras a formular planes y actividades conjuntas y complementarias, con participación del sector privado, en relación con las zoonosis, la fiebre aftosa y la inocuidad de los alimentos.
3. Solicitar a la Directora que estimule estrategias encaminadas a movilizar los recursos necesarios por parte de los sectores pertinentes para apoyar las actividades de cooperación técnica en las áreas de las zoonosis, la fiebre aftosa y la seguridad e inocuidad de los alimentos, para facilitar el cumplimiento de las recomendaciones y los mandatos formulados por la RIMSA.

*(Séptima reunión, 26 de junio 2003)*

***CE132.R5: Atención Primaria de Salud en las Américas***

***LA 132ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Visto el documento CE132/13 sobre la atención primaria de salud en las Américas,

Tomando nota de las lecciones aprendidas en los 25 años de implementación de la atención primaria de salud, así como de los desafíos de su renovación para el futuro en la Región,

Reconociendo la vigencia de la atención primaria como estrategia global para el mejoramiento de la salud poblacional y el desarrollo humano, y

Tomando nota además de la Resolución WHA56.6 adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en Mayo de 2003,

***RESUELVE:***

Recomendar al 44º Consejo Directivo de la OPS la adopción de una resolución en los siguientes términos:

***EL 44º CONSEJO DIRECTIVO,***

Visto el documento CD44/9 sobre la atención primaria en las Américas;

Considerando la Declaración de Alma-Ata (1978), así como las resoluciones CD27.R20 y CD27.R21 sobre las estrategias regionales de salud para todos en el año 2000 y CD28.R11 sobre el plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales de SPT2000, las resoluciones CSP21.R12 y CSP21.R20 relativas al Plan de Acción Regional de Salud para Todos para el año 2000 (SPT2000); las resoluciones CD31.R27, CD33.R17 y CD35.R19 sobre el monitoreo y la evaluación de las estrategias de SPT2000, y las resoluciones CD39.R4 y CD40.R11 relativas a la renovación al llamado de SPT y las estrategias de salud para todos;

Observando las repercusiones de un entorno cambiante en la atención primaria de salud en las Américas, y

Reconociendo los esfuerzos desplegados por los países de la Región para establecer políticas y programas de atención primaria como eje central de sus sistemas de servicios de salud, en los que han jugado un papel el Estado, las organizaciones no gubernamentales y las organizaciones de base comunitaria para alcanzar la meta de Salud para Todos,



***RESUELVE:***

1. Solicitar a los Estados Miembros que:
  - a) velen por que el desarrollo de la atención primaria cuente con los recursos necesarios que asegure su contribución a la reducción de las desigualdades en salud;
  - b) renueven su compromiso con el fortalecimiento a largo plazo de las capacidades en lo que respecta a los recursos humanos requeridos para la atención primaria de salud;
  - c) reconozcan el potencial de la atención primaria de salud para llevar a cabo una reorientación de los servicios con criterio de promoción de la salud;
  - d) promuevan el mantenimiento y fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia en la atención primaria de salud;
  - e) respalden la participación activa de las comunidades locales en la atención primaria de salud.
  
2. Solicitar a la Directora que:
  - a) tenga en cuenta los principios de la atención primaria de salud en las actividades de todos los programas de cooperación técnica, en particular en lo concerniente a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio;
  - b) evalúe los diferentes sistemas basados en la atención primaria de salud e identifique y difunda información sobre las mejores prácticas con miras a mejorar la aplicación de las políticas pertinentes;
  - c) siga prestando apoyo a los países para mejorar la capacitación del personal de salud en las actividades prioritarias de la atención primaria de salud;
  - d) ponga énfasis renovado en el apoyo para la aplicación de modelos de atención primaria de salud localmente determinados que sean flexibles y adaptables;
  - e) promueva y organice una celebración con actividades dedicadas a resaltar en toda la Región la trascendencia de los 25 años de experiencia de la Atención Primaria en las Américas. Dicho proceso se extenderá durante 1 año y utilizará entre otros, debates, conmemoraciones nacionales, foros subregionales y actividades regionales;

- f) organice una consulta regional para la definición de futuras orientaciones estratégicas y programáticas en relación con la atención primaria de salud.

*(Séptima reunión, 26 de junio de 2003)*

**CE132.R6:            *Proyecto de Presupuesto por Programas de la Organización Panamericana de la Salud para el Ejercicio Financiero 2004-2005***

***LA 132.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo considerado el informe del Subcomité de Planificación y Programación (documento CE132/5);

Habiendo examinado el proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2004-2005, que se presenta en el *Documento Oficial 307* y Add. I;

Observando con satisfacción los esfuerzos de la Directora para proponer un proyecto de presupuesto por programas que tiene en cuenta el clima de constantes dificultades fiscales que afrontan los Estados Miembros;

Tomando nota con preocupación de la disminución considerable de los recursos que la OMS aporta al presupuesto ordinario de la Región para el ejercicio 2004-2005, a pesar de que la OMS aumentó tanto su presupuesto como las cuotas de los Estados Miembros;

Observando que en la asignación de la OMS a la Región no se incorporaron los aumentos obligatorios en los costos de los puestos para el ejercicio 2004-2005;

Reconociendo además que una parte desproporcionadamente alta del costo de la prima del Seguro de Salud de los Jubilados de la OMS se financia con recursos del presupuesto por programas de la OPS, y

Teniendo presente el Artículo 14.C de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud y el Artículo III, párrafos 3.5 y 3.6, del Reglamento Financiero de la OPS,

**RESUELVE:**

1. Agradecer al Subcomité de Planificación y Programación el examen preliminar que efectuó y el informe que presentó sobre el proyecto de presupuesto por programas.
2. Expresar su agradecimiento a la Directora por la atención que prestó, al elaborar el presupuesto por programas, a los ahorros de costos y el fortalecimiento de los programas.
3. Solicitar a la Directora que, antes del 44.º Consejo Directivo, hable con el Director General de la OMS sobre la necesidad de aumentar la proporción que corresponde a la Región del presupuesto ordinario de la OMS aprobado por la 56.ª Asamblea Mundial de la Salud, aumento que se usaría para contrarrestar el aumento de las cuotas de los Estados Miembros de la OPS que se requiere para financiar el proyecto de presupuesto por programas.
4. Solicitar a la Directora que incorpore los comentarios formulados por los Miembros del Comité Ejecutivo en la versión revisada del *Documento Oficial 307* que se someterá a la consideración del 44.º Consejo Directivo.
5. Recomendar al 44.º Consejo Directivo que apruebe una resolución redactada en los siguientes términos:

**EL 44.º CONSEJO DIRECTIVO,**

**RESUELVE:**

1. Aprobar el programa de trabajo de la Oficina que se describe en el proyecto de presupuesto por programas revisado de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2004-2005, que se presenta en el *Documento Oficial 307*.
2. Asignar para el ejercicio financiero 2004-2005 la suma de US\$ 296.598.940, distribuida del siguiente modo:

<u>SECCIÓN</u>	<u>TÍTULO</u>	<u>CANTIDAD</u>
1	DIRECCIÓN EJECUTIVA	9.407.000
2	GOBERNANZA Y ASOCIACIONES	12.920.000
3	APOYO A LOS PROGRAMAS DE PAÍS	45.829.800
4	ACCIÓN INTERSECTORIAL Y DESARROLLO SOSTENIBLE	35.852.400
5	INFORMACIÓN Y TECNOLOGÍA SANITARIAS	38.168.200
6	ACCESO UNIVERSAL A LOS SERVICIOS DE SALUD	35.082.000
7	CONTROL DE ENFERMEDADES Y GESTIÓN DE RIESGOS	33.672.800
8	SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA	22.223.800
9	APOYO ADMINISTRATIVO	28.729.000
	<u>Presupuesto efectivo para 2004-2005 (secciones 1 a 9)</u>	<u>261.885.000</u>
10	IMPUESTOS DEL PERSONAL (transferencia al Fondo de Igualación de Impuestos)	34.713.940
	<b>TOTAL, TODAS LAS SECCIONES</b>	<u><b>296.598.940</b></u>

3. Que las aperturas de créditos se financien mediante:

a) Las cuotas asignadas correspondientes a:

Los Gobiernos Miembros, Gobiernos Participantes y Miembros Asociados, fijadas según la escala adoptada por la Organización de los Estados Americanos, de conformidad con el Artículo 60 del Código Sanitario Panamericano o de acuerdo con las resoluciones del Consejo Directivo y la Conferencia Sanitaria Panamericana .....209.868.940

b) Ingresos varios .....13.500.000

c) Porción de la OMS aprobada por la resolución WHA56.32.....73.230.000

**TOTAL** **296.598.940**

4. Al establecer las contribuciones de los Gobiernos Miembros, Gobiernos Participantes y Miembros Asociados, las cuotas de estos se reducirán además por la cantidad que tengan acreditada a su favor en el Fondo de Igualación de Impuestos; se

exceptúan los créditos de aquellos que gravan con impuestos los sueldos que perciben de la Oficina Sanitaria Panamericana sus nacionales y residentes, los cuales se reducirán en un importe respectivo igual a los reembolsos de dichos impuestos por la Oficina.

5. Que, en conformidad con el Reglamento Financiero de la OPS, las cantidades que no excedan de las asignaciones mencionadas en el párrafo 1 se apliquen al pago de las obligaciones contraídas durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2004 y el 31 de diciembre de 2005, inclusive. No obstante lo dispuesto en este párrafo, las obligaciones contraídas durante el ejercicio financiero 2004-2005 se limitarán al total del presupuesto efectivo, es decir, a las secciones 1 a 9.

6. Que la Directora estará autorizada para transferir fondos entre las secciones del presupuesto vigente, siempre que dichas transferencias no excedan del 10% de la parte desde la cual los fondos son transferidos; se exime la disposición relativa a las transferencias del Programa del Director Regional para Actividades de Desarrollo en la sección 3. Salvo por lo previsto en relación con el Programa del Director Regional para Actividades de Desarrollo en la sección 3, las transferencias de fondos entre secciones del presupuesto que pasen del 10% de la sección desde la cual se transfieren podrán efectuarse con la aprobación del Comité Ejecutivo. La Directora está autorizada a asignar montos, que no pasen de lo previsto para el Programa del Director Regional para Actividades de Desarrollo, a las partes del presupuesto vigente a las cuales se cargarán las obligaciones contraídas. Todas las transferencias de fondos del presupuesto serán comunicadas al Consejo Directivo o a la Conferencia Sanitaria Panamericana.

*(Octava reunión, 26 de junio de 2003)*

**CE132.R7:                    *Mantenimiento de los Programas de Vacunación***

***LA 132.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo analizado el informe de la Directora sobre el mantenimiento de los programas de vacunación (documento CE132/17),

***RESUELVE:***

Recomendar que el 44.º Consejo Directivo apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

***EL 44.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Habiendo estudiado el informe de la Directora sobre la sostenibilidad de los programas de vacunación (documento CD44/11);

Reconociendo los grandes logros en la lucha contra las enfermedades prevenibles por vacunación para proteger a los niños de la Región, que pudieron alcanzarse mediante la estrecha colaboración entre los Estados Miembros y la comunidad internacional de desarrollo;

Observando con gran orgullo los persistentes esfuerzos colectivos de los Estados Miembros por alcanzar la meta de la interrupción de la transmisión autóctona del sarampión en el continente americano;

Considerando los grandes progresos y la experiencia adquirida por los Estados Miembros en el control acelerado de la rubéola y las iniciativas de prevención del síndrome de rubéola congénita (SRC), que busca lograr una disminución más rápida del número de casos de rubéola y de niños que nacen con SRC;

Tomando nota del gran espíritu de solidaridad y panamericanismo en la ejecución de la primera *Semana de Vacunación* en las Américas, que hizo llegar los servicios de vacunación a zonas de alto riesgo y subatendidas;

Preocupado por las fluctuaciones que se observan en la asignación de recursos para estas actividades en los presupuestos públicos a nivel nacional, debido principalmente al deterioro de la situación económica, y

Consciente de las posibles repercusiones negativas de ciertas reformas del sector de la salud y de algunos procesos de descentralización sobre la ejecución de los programas nacionales de vacunación, incluidas las actividades de vigilancia de enfermedades,

***RESUELVE:***

1. Instar a los Estados Miembros:
  - a) A que promuevan la creación de una partida específica para vacunaciones en el presupuesto nacional, así como la asignación oportuna de recursos financieros para vacunas, jeringas y costos operativos;
  - b) A que presenten a los ministros de hacienda y a las altas instancias presupuestarias las ventajas del mantenimiento de los programas de vacunación, y el riesgo que constituyen los focos de baja cobertura de vacunación;

- c) A que velen por que la reforma y la descentralización de políticas y programas del sector de la salud mantengan los logros conseguidos en materia de vacunación;
- d) A que apoyen la celebración anual de la *Semana de Vacunación* en todo el continente, que tendrá lugar en abril e irá dirigida a los grupos de población de alto riesgo y las zonas subatendidas;
- e) A que mantengan a la Región libre de la transmisión autóctona de sarampión mediante la cobertura elevada ( $\geq 95\%$ ) de la vacunación antisarampionosa ordinaria por municipio o distrito, campañas de *vacunación de seguimiento* por lo menos cada cuatro años, vigilancia oportuna e investigación y control de los brotes epidémicos;
- f) A que mantengan una cobertura alta ( $\geq 95\%$ ) y homogénea de vacunación con todos los antígenos por municipios o distritos;
- g) A que eliminen de sus países la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC) para el año 2010; objetivo para el cual se pide que elaboren, en el plazo de un año, los planes nacionales de acción pertinentes.

2. Solicitar a la Directora:

- a) Que elabore un plan de acción regional y movilice recursos en apoyo al objetivo de la eliminación de la rubéola y el SRC para 2010;
- b) Que siga abogando por una movilización activa de los recursos nacionales e internacionales para mantener y ampliar las inversiones hechas en los programas de vacunación por los Estados Miembros;
- c) Que fomente las posibilidades de una actuación conjunta del Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo con los Estados Miembros, en concreto los ministerios de salud y de hacienda, al objeto de establecer, dentro de los presupuestos públicos, disposiciones que aseguren la asignación ininterrumpida de fondos a los programas nacionales de vacunación;
- d) Que promueva la Semana anual de Vacunación en todo el continente para mejorar la equidad en materia de inmunización.

(Octava reunión, 26 de junio de 2003)

**CE132.R8: Informe del Jurado del Premio OPS en Administración, 2003**

**LA 132.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Habiendo examinado el informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2003 (documento CE132/7, Add. I), y

Teniendo presente las disposiciones de las Pautas y Procedimientos para conferir el Premio OPS en Administración, según fueron aprobados por la 18.ª Conferencia Sanitaria Panamericana (1970), modificados por la 24.ª Conferencia Sanitaria Panamericana (1994) y la 124.ª sesión del Comité Ejecutivo (1999),

**RESUELVE:**

1. Tomar nota de la decisión del Jurado de que se adjudique el Premio OPS en Administración, 2003, al Sr. Roy J. Romanow por sus aportaciones sobresalientes al desarrollo del sistema de salud canadiense, en particular, haber creado la Comisión de Derechos Humanos de Saskatchewan y haber encabezado la Comisión sobre el Futuro de la Asistencia Sanitaria en Canadá. El Sr. Romanow es reconocido en el ámbito internacional como una figura destacada en el ámbito de las políticas y la administración sanitarias.

2. Transmitir el informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2003 (documento CE132/7, Add. I) al 44.º Consejo Directivo.

*(Octava reunión, 26 de junio de 2003)*

**CE132.R9: Organización No Gubernamentales en Relaciones Oficiales con la OPS**

**LA 132.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Habiendo estudiado el informe del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales (documento CE130/8 y Add. I), y

Teniendo presentes las disposiciones contenidas en el documento *Principios que rigen las relaciones entre la Organización Panamericana de la Salud y las organizaciones no gubernamentales* (1995, revisado en 2000),



**RESUELVE:**

1. Continuar las relaciones oficiales entre la OPS y la Unión Latinoamericana contra las Enfermedades de Transmisión Sexual (ULACETS) y la Organización Internacional de Asociaciones de Consumidores (CI-ROLAC) por un período de un año, en el entendido de que el adelanto logrado en la resolución de las inquietudes planteadas se examinará en la próxima reunión del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales, en junio de 2004.
2. Solicitar a la Directora que:
  - a) informe a las ONG respectivas de las decisiones adoptadas por el Comité Ejecutivo;
  - b) prepare un protocolo de evaluación que sirva de guía al Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales cuando se le pida a este que examine la colaboración de las ONG con la OPS, el cual será examinado por el Comité Permanente y sometido a la consideración del Comité Ejecutivo en su próxima sesión, en septiembre de 2003;
  - c) siga desarrollando relaciones de trabajo dinámicas con las ONG interamericanas de interés para la Organización en las esferas afines a las prioridades programáticas que los Cuerpos Directivos han adoptado para la OPS;
  - d) evalúe la pertinencia de la relación con las organizaciones no gubernamentales interamericanas que colaboran oficialmente con la OPS, instándolas a que participen y colaboren más, y
  - e) siga fomentando las relaciones entre los Estados Miembros y las ONG que trabajen en el campo de la salud.

*(Octava reunión, 27 de junio de 2003)*

**CE132.R10:** *Orden del Día Provisional del 44.º Consejo Directivo de la OPS, 55.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas*

**LA 132.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Habiendo examinado el orden del día provisional (documento CD44/1) preparado por el Director para el 44.º Consejo Directivo de la OPS, 55.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, que se presenta como anexo del documento

CE132/4, Rev. 1 con los agregados solicitados por los Estados Miembros, en conformidad con el Artículo 8 del Reglamento Interno del Consejo, y

Teniendo en cuenta las disposiciones del Artículo 12.C de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud y el Artículo 7 del Reglamento Interno del Consejo,

***RESUELVE:***

Aprobar el orden del día provisional (documento CD44/1) preparado por el Director para el 44.º Consejo Directivo de la OPS, 55.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, con las modificaciones propuestas por los Estados Miembros.

*(Octava reunión, 26 de junio de 2003)*

***Decisiones***

***Decisión CE132 (D1) Adopción del orden del día***

De conformidad con el Artículo 9 del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo, el Comité adoptó, sin modificación, el orden del día presentado por la Directora (documento CE132/1, Rev. 1).

*(Primera reunión, 23 de junio de 2003)*

***Decisión CE132(D2) Representación del Comité Ejecutivo en el 44.º Consejo Directivo, 55.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas***

De conformidad con el artículo 54 del Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo decidió designar al titular de la Presidencia (Perú) y de la Vicepresidencia (Jamaica) del Comité Ejecutivo para representarlo en el 44.º Consejo Directivo, 55.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Como suplentes de esos representantes, el Comité designó a los delegados de Honduras y Paraguay, respectivamente.

*(Primera reunión, 23 de junio de 2003)*

***Decisión CE132(D3) Informe del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo***

El Comité Ejecutivo hizo suyas las recomendaciones presentadas por la 20.<sup>a</sup> sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo (documento CE132/6, Rev.1), y agradeció a la Relatora el informe y al Subcomité el trabajo que había llevado a cabo.

*(Primera reunión, 23 de junio de 2003)*

EN FE DE LO CUAL, el Presidente del Comité Ejecutivo y la Secretaria ex officio, Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana, firman el presente Informe Final en los idiomas español e inglés, cuyos textos tendrán igual valor auténtico.

HECHO en Washington, D.C., Estados Unidos de América, a los veintiséis días del mes de junio del año dos mil tres. La Secretaria depositará los textos originales en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana y enviará copias a los Estados Miembros de la Organización.

---

Fernando Carbone Campoverde  
Presidente de la 132.<sup>a</sup> sesión  
del Comité Ejecutivo  
Delegado de Perú

---

Mirta Roses Periago  
Secretaria ex officio de la 132.<sup>a</sup> sesión  
del Comité Ejecutivo  
Directora de la Oficina Sanitaria  
Panamericana

## **ORDEN DEL DÍA PROVISIONAL**

### **1. APERTURA DE LA SESIÓN**

### **2. ASUNTOS RELATIVOS AL REGLAMENTO**

- 2.1 Adopción del orden del día y del programa de reuniones
- 2.2 Representación del Comité Ejecutivo en el 44.º Consejo Directivo de la OPS, 55.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
- 2.3 Orden del día provisional del 44.º Consejo Directivo de la OPS, 55.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

### **3. ASUNTOS RELATIVOS A LOS COMITÉS**

- 3.1 Informe sobre la 37.ª sesión del Subcomité de Planificación y Programación
- 3.2 Informe sobre la 20.ª sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo
- 3.3 Premio OPS en Administración, 2003
- 3.4 Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS
  - Examen periódico de las organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS
  - Estudio de las solicitudes recibidas

### **4. ASUNTOS RELATIVOS A LA POLÍTICA DE LOS PROGRAMAS**

- 4.1 Estrategia de gestión para el trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana en el período 2003-2007
- 4.2 Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2004-2005

#### **4. ASUNTOS RELATIVOS A LA POLÍTICA DE LOS PROGRAMAS** *(cont.)*

- 4.3 Resultados logrados en relación con las orientaciones estratégicas y programáticas durante el período 1999-2002
- 4.4 Informe sobre la 13.<sup>a</sup> Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura
- 4.5 Atención primaria de salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros
- 4.6 La familia y la salud
- 4.7 Globalización y salud
- 4.8 Grupo étnico y salud
- 4.9 Mantenimiento de los programas de vacunación
- 4.10 La contribución de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio
- 4.11 Monitoreo de la reducción de la morbilidad y la mortalidad maternas
- 4.12 Pandemia de influenza: preparativos en el continente americano
- 4.13 Régimen alimentario, nutrición y actividad física
- 4.14 Repercusión de la violencia en la salud de las poblaciones americanas

#### **5. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS**

- 5.1 Informe sobre la recaudación de las cuotas
- 5.2 Informe financiero parcial del Director para 2002
- 5.3 Examen del nivel autorizado del Fondo de Trabajo
- 5.4 Edificios de la OPS y sus instalaciones

## **6. ASUNTOS DE PERSONAL**

- 6.1 Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
- 6.2 Intervención del representante de la Asociación de Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

## **7. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL**

- 7.1 Resoluciones y otras acciones de la 56.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS

## **8. OTROS ASUNTOS**

## LISTA DE DOCUMENTOS

### *Documentos Oficiales*

- Doc. Of. 307            Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2004-2005
- Doc. Of. 311            Informe financiero parcial del Director para 2002

### *Documentos de trabajo*

- CE132/1, Rev. 2 y    Adopción del orden del día y del programa de reuniones  
CE132/WP/1, Rev. 1
- CE132/3                Representación del Comité Ejecutivo en el 44.º Consejo Directivo de la OPS, 55.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
- CE132/4                Orden del día provisional del 44.º Consejo Directivo de la OPS, 55.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
- CE132/5                Informe sobre la 37.ª sesión del Subcomité de Planificación y Programación
- CE132/6, Rev. 1       Informe sobre la 20.ª sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo
- CE132/7 y Add. I      Premio OPS en Administración, 2003
- CE132/8 y Add. I      Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS
- Examen periódico de las organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS
  - Estudio de las solicitudes recibidas
- CE132/9                Estrategia de gestión para el trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana en el período 2003-2007



***Documentos de trabajo (cont.)***

CE132/10	Resoluciones y otras acciones de la 56. <sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS
CE132/11	Resultados logrados en relación con las orientaciones estratégicas y programáticas durante el período 1999-2002
CE132/12, Rev. 1	Informe sobre la 13. <sup>a</sup> Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura
CE132/13	Atención primaria de salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros
CE132/14	La familia y la salud
CE132/15 y Corrig.	Globalización y salud
CE132/16	Grupo étnico y salud
CE132/17	Mantenimiento de los programas de vacunación
CE132/18	La contribución de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio
CE132/19	Monitoreo de la reducción de la morbilidad y la mortalidad maternas
CE132/20	Pandemia de influenza: preparativos en el continente americano
CE132/21	Régimen alimentario, nutrición y actividad física
CE132/22 y Corrig.	Repercusión de la violencia en la salud de las poblaciones americanas
CE132/23 y Add. I	Informe sobre la recaudación de las cuotas
CE132/24	Examen del nivel autorizado del Fondo de Trabajo

***Documentos de trabajo (cont.)***

- CE132/25            Edificios de la OPS y sus instalaciones
- CE132/26, Rev. 1    Modificaciones del Reglamento del Personal de la  
Oficina Sanitaria Panamericana
- CE132/27            Intervención del representante de la Asociación de Personal  
de la Oficina Sanitaria Panamericana

***Documentos de Información***

- CE132/INF/1        Estadísticas del personal de la OSP/OMS

**LIST OF PARTICIPANTS  
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members of the Committee  
Miembros del Comité**

***Dominica***

Hon. Herbert Sabaroche  
Minister of Health and Social Security  
Ministry of Health and Social Security  
Roseau

***Dominican Republic  
República Dominicana***

Dr. José Rodríguez Soldevila  
Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social  
Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social  
Santo Domingo

Sra. Sara Estrella  
Consultora Jurídica del  
Seguro Social de Salud  
Santo Domingo

***Honduras***

Lic. Elías Lizardo Zelaya  
Secretario de Salud  
Secretaría de Estado en el Despacho de Salud  
Tegucigalpa

***Jamaica***

Hon. John A. Junor  
Minister of Health  
Ministry of Health  
Kingston

**Members of the Committee (cont.)**  
**Miembros del Comité (cont.)**

***Jamaica (cont.)***

Dr. Barrington Wint  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health  
Kingston

***Paraguay***

Dr. José Antonio Mayáns  
Ministro de Salud Pública y Bienestar Social  
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social  
Asunción

Dr. Roberto Dullak Peña  
Asesor del Ministro de Salud Pública y Bienestar Social  
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social  
Asunción

Sra. Gricelda Beatriz Moreno Díaz  
Asesora del Ministro de Salud Pública y Bienestar Social  
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social  
Asunción

Sr. Alvaro Díaz de Vivar  
Segundo Secretario  
Representante Alterno del Paraguay ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D. C

***Peru***  
***Perú***

Dr. Fernando Carbone Campoverde  
Ministro de Salud  
Ministerio de Salud  
Lima

**Members of the Committee (cont.)**  
**Miembros del Comité (cont.)**

***Peru (cont.)***

***Perú (cont.)***

Sra. Ana Peña  
Consejera  
Representación Permanente del Perú ante  
la Organización de los Estados Americanos  
Washington, D. C.

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

Dr. William Steiger  
Director, Office of Global Health Affairs  
Department of Health and Human Services  
Rockville, MD

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

Ms. Ginny Gidi  
International Health Officer  
Office of Global Health Affairs  
Department of Health and Human Services  
Rockville, MD

Mr. Robert Haladay  
Population, Health, and Nutrition Team Leader  
Office for Regional Sustainable Development  
Bureau for Latin America and the Caribbean  
Agency for International Development  
Washington, D.C.

**Members of the Committee (cont.)**  
**Miembros del Comité (cont.)**

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

Ms. Zuleika Jamal  
Program Analyst  
Office of United Nations System Administration  
Bureau of International Organization Affairs  
Department of State  
Washington, D.C.

Ms. Jennifer Luna  
Health Advisor  
Maternal Child Health Bureau  
Agency for International Development  
Washington, D.C.

Ms. Kelly Saldana  
Health Advisor  
Population, Health, and Nutrition Team  
Office for Regional Sustainable Development  
Bureau of Latin America and the Caribbean  
Agency for International Development  
Washington, D.C.

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

Mr. Richard Walling  
Director  
Office for the Americas and Middle East  
Office of Global Health Affairs  
Department of Health and Human Services  
Rockville, MD

**Members of the Committee (cont.)**  
**Miembros del Comité (cont.)**

***Uruguay***

Sr. Milton Pesce  
Subsecretario de Salud Pública  
Ministerio de Salud Pública  
Montevideo

Dra. Beatriz Rivas  
Directora de la Asesoría de Cooperación Internacional  
del Ministerio de Salud Pública  
Asesoría de Cooperación Internacional  
Ministerio de Salud Pública  
Montevideo

**Other Member States**  
**Otros Estados Miembros**

***Argentina***

Sr. Dr. Carlos Vizzotti  
Subsecretario de Regulaciones Sanitarias  
e Investigación en Salud  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires

***Canada***  
***Canadá***

Mr. Martin Méthot  
Director, International Health Division  
International Affairs Directorate  
Health Canada  
Ottawa

Ms. Patricia A Hoes  
Senior Advisor  
International Affairs Directorate  
Health Canada  
Ottawa

**Other Member Status (cont.)**  
**Otros Estados Miembros(cont.)**

***Canada (cont.)***  
***Canadá (cont.)***

Ms. Jane Fuller  
Multilateral Programmes Branch  
Canadian International Development Agency  
Ottawa

Ms. Basia M. Manitius  
Alternate Representative  
Permanent Mission of Canada to the  
Organization of American States  
Washington, D.C.

***France***  
***Francia***

Mme Sylvie Alvarez  
Ambassadrice, Observatrice permanente de la France  
près l'Organisation des États Américains  
Washington, D.C.

M. Gaspard Curioni  
Attaché à la Mision permanente de la France  
près l'Organisation des États Américains  
Washington, D.C.

***Grenada***  
***Granada***

Ms. Marguerite St. John  
Counsellor  
Permanent Mission of Grenada to the  
Organization of American States  
Washington, D.C.



**Other Member Status (cont.)**  
**Otros Estados Miembros(cont.)**

***Mexico***  
***México***

Dr. Víctor Arriaga Weiss  
Director General de Relaciones Internacionales  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Lic. Manuel Herrera Rábago  
Representante Alterno de México ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D. C.

Lic. Karen Aspuru Juárez  
Subdirectora de Gestión Bilateral e Interamericana  
Dirección General de Relaciones Internacionales  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

**Observer from Associate Member State**  
**Observador Miembro Asociado**

***Puerto Rico***

Sr. Dr. Raúl Castellanos Bran  
Coordinador OPS/OMS - PR  
Departamento de Salud  
San Juan

**Representatives of Intergovernmental Organizations**  
**Representantes de Organizaciones Intergubernamentales**

**Economic Commission for Latin America and the Caribbean**  
**Comisión Económica para América Latina y el Caribe**

Sr. Rex García

**Representatives of Intergovernmental Organizations (cont.)**  
**Representantes de Organizaciones Intergubernamentales (cont.)**

**Inter-American Institute for Cooperation on Agriculture**  
**Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura**

Sr. Felipe Manteiga  
Representante en los Estados Unidos de América  
Washington, D. C.

**Representatives of Nongovernmental Organizations**  
**Representantes de Organizaciones No Gubernamentales**

**American Society for Microbiology**  
**Sociedad Estadounidense de Microbiología**

Dr. Anne Morris Hooke  
Mr. Daniel Lissit

**Inter-American Association of Sanitary and Environmental Engineering**  
**Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental**

Mr. Horst Otterstetter

**InterAmerican Heart Foundation**  
**Fundación InterAmericana del Corazón**

Dra. Beatriz Marcet Champagne  
Dr. Elinor Wilson

**The National Alliance for Hispanic Health**  
**La Alianza Nacional para la Salud Hispana**

Ms. Marcela Gaitán

**Representatives of Nongovernmental Organizations (cont.)**  
**Representantes de Organizaciones No Gubernamentales (cont.)**

**Latin American Union against Sexually Transmitted Diseases**  
**Unión Latinoamericana contra las Enfermedades de Transmisión Sexual**

Ms. Hilda Abreu

**United States Pharmacopeial Convention, Inc.**

Ms. Jennifer Devine

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

**Director and Secretary ex officio of the Committee**  
**Directora y Secretaria ex officio del Comité**

Dr. Mirta Roses Periago  
Director  
Directora

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

Dr. David Brandling-Bennett  
Deputy Director/Director Adjunto  
Assistant Director a.i./Subdirector a.i.

Mr. Eric J. Boswell  
Director of Administration  
Director de Administración

Dr. Daniel López Acuña  
Director of Program Management  
Director de Gestión de Programas