



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## **25.<sup>a</sup> CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA** **50.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL**

*Washington, D.C., 21 al 25 de septiembre de 1998*

---

*Tema 3.2 del programa provisional*

CSP25/4 (Esp.)

7 julio 1998

ORIGINAL: INGLÉS

### **INFORME ANUAL DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ EJECUTIVO**

En cumplimiento de lo dispuesto por la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, a continuación se presenta el informe sobre las actividades llevadas a cabo por el Comité Ejecutivo y sus diversos subcomités entre septiembre de 1997 y septiembre de 1998. Durante el período que abarca el presente informe, el Comité Ejecutivo celebró dos sesiones: la 121.<sup>a</sup> sesión, el 26 de septiembre de 1997, y la 122.<sup>a</sup> sesión, del 22 al 25 de junio de 1998. El Subcomité de Planificación y Programación celebró su 29.<sup>a</sup> sesión el 1 y 2 de diciembre de 1997, y su 30.<sup>a</sup> sesión el 30 y 31 de marzo de 1998.

La 121.<sup>a</sup> sesión del Comité contó con la asistencia de los delegados de los siguientes Estados Miembros elegidos por el Consejo Directivo para integrar el Comité: Antigua y Barbuda, Bahamas, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá y Paraguay. También estuvieron presentes representantes de Argentina, Canadá, Estados Unidos de América, Perú y Venezuela.

La 122.<sup>a</sup> sesión contó con la asistencia de los delegados de los nueve Miembros: Antigua y Barbuda, Bahamas, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá y Paraguay. También asistieron representantes de los siguientes Estados Miembros: Bolivia, Canadá, Cuba, Estados Unidos de América, Francia, Jamaica, Uruguay y Venezuela, así como un observador por España. Además, estuvieron representadas cinco organizaciones intergubernamentales y cuatro organizaciones no gubernamentales.

Los siguientes Estados Miembros fueron elegidos para integrar la Mesa Directiva de la 121.<sup>a</sup> y la 122.<sup>a</sup> sesiones: Chile (Presidencia), Bahamas (Vicepresidencia) y Paraguay (Relatoría).

Durante la 121.<sup>a</sup> sesión, el Ecuador fue elegido para formar parte del Subcomité de Planificación y Programación al haber concluido el mandato de El Salvador en el Comité Ejecutivo. Antigua y Barbuda fue elegido para integrar el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales al haber concluido el mandato de Saint Kitts y Nevis en el Comité Ejecutivo. El Comité también fijó las fechas y los temas propuestos para la 29.<sup>a</sup> y la 30.<sup>a</sup> sesiones del Subcomité de Planificación y Programación; la 122.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo; y la 25.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana. El Comité adoptó seis decisiones, que aparecen, junto con un resumen de las deliberaciones, en el Informe Final de la 121.<sup>a</sup> sesión (anexo A).

Durante la 122.<sup>a</sup> sesión, el Comité designó a los delegados de Chile y Bahamas para representarlo en la 25.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, 50.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, y seleccionó a los delegados de México y de Antigua y Barbuda como suplentes de Chile y Bahamas, respectivamente. También aprobó el programa provisional de temas para la 25.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana. El Comité tomó nota de los informes del Subcomité de Planificación y Programación y del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración.

Los siguientes puntos del orden del día también se trataron durante la 122.<sup>a</sup> sesión:

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

- Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para 2000-2001
- Orientaciones estratégicas y Programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999-2002
- Población y salud reproductiva
- La cooperación técnica entre países: panamericanismo en el siglo XXI
- Prevención y control del consumo de tabaco
- Salud de las personas de edad
- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas
- Repercusiones sanitarias del fenómeno El Niño
- Hantavirus

- Vacunas e inmunización
- Programa de Publicaciones de la OPS

#### **Asuntos administrativos y de política financiera**

- Informe sobre la recaudación de las cuotas
- Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo para 1996-1997

#### **Asuntos relativos al personal**

- Modificaciones del Reglamento del Personal de la OPS
- Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS

#### **Asuntos de información general**

- Resoluciones y otras acciones de la 51.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS

El Comité Ejecutivo aprobó 14 resoluciones y adoptó 9 decisiones que aparecen, junto con un resumen de las ponencias y los debates sobre cada punto, en el Informe Final de la 122.<sup>a</sup> sesión (anexo B).

Anexos

121.ª sesión  
Washington, D.C.  
Septiembre de 1997

CE121/FR (Esp.)  
26 septiembre 1997  
ORIGINAL: INGLÉS

**INFORME FINAL**

## CONTENIDO

	<i>Página</i>
<b>Apertura de la sesión</b> .....	4
<b>Asuntos relativos al Reglamento</b> .....	4
Elección de la Mesa Directiva.....	4
Adopción del orden del día .....	4
<b>Elección de Miembros para integrar los subcomités del Comité Ejecutivo</b> .....	5
Elección de un Miembro para integrar el Subcomité de Planificación y Programación .....	5
Elección de un Miembro para integrar el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales .....	5
<b>Sesiones de los Cuerpos Directivos</b> .....	5
Análisis del proceso y contenido del 40.º Consejo Directivo, 49.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.....	5
Resoluciones del 40.º Consejo Directivo, 49.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, de interés para el Comité Ejecutivo .....	6
Fechas y temas propuestos para la 29.ª y la 30.ª sesiones del Subcomité de Planificación y Programación.....	6
Fechas de la 122.ª sesión del Comité Ejecutivo .....	7
Fechas de la 25.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 50.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas .....	7
<b>Clausura de la sesión</b> .....	7
<b>Decisiones</b> .....	7
CE121(D1) Adopción del orden del día .....	8
CE121(D2) Elección de un Miembro para integrar el Subcomité de Planificación y Programación.....	8
CE121(D3) Elección de un Miembro para integrar el Comité Permanente de Organizaciones no Gubernamentales .....	8
CE121(D4) Fechas y orden del día de la 29.ª y la 30.ª sesiones del Subcomité de Planificación y Programación.....	8

**CONTENIDO (cont.)**

*Página*

**Decisiones (cont.)**

CE121(D5)	Fechas de la 122. <sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo .....	8
CE121(D6)	Fechas de la 25. <sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, 50. <sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas .....	9

**Anexos:**

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

## INFORME FINAL

### Apertura de la sesión

La 121.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo se celebró en la sede de la Organización Panamericana de la Salud el 26 de septiembre de 1997. La sesión contó con la asistencia de los delegados de los nueve Miembros del Comité Ejecutivo, a saber: Antigua y Barbuda, Bahamas, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá y Paraguay. También estuvieron presentes observadores por Argentina, Canadá, Estados Unidos de América, Perú y Venezuela.

El Dr. Hermán Weinstok (Costa Rica, Presidente del Comité Ejecutivo) abrió la sesión y dio la bienvenida a los participantes y, en especial, a los nuevos Miembros del Comité elegidos por el 40.<sup>o</sup> Consejo Directivo: Antigua y Barbuda, Ecuador y México.

### Asuntos relativos al Reglamento

#### *Elección de la Mesa Directiva*

De conformidad con el Artículo 15 del Reglamento Interno, el Comité eligió a los siguientes Miembros para constituir la Mesa Directiva de la 121.<sup>a</sup> y la 122.<sup>a</sup> sesiones:

<i>Presidente:</i>	Chile	(Dr. Alex Adolfo Figueroa Muñoz)
<i>Vicepresidente:</i>	Bahamas	(Dr. Mercelene Dahl-Regis)
<i>Relator:</i>	Paraguay	(Sra. Cristina Semidei de Ortiz)

El Dr. George A. O. Alleyne, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, fue Secretario ex officio, y la Dra. Mirta Roses, Subdirectora de la OSP, se desempeñó como Secretaria Técnica.

#### *Adopción del orden del día*

El Comité adoptó el orden del día provisional (documento CE121/1) preparado por la Secretaría (decisión CE121(D1)).

## **Elección de Miembros para integrar los subcomités del Comité Ejecutivo**

### ***Elección de un Miembro para integrar el Subcomité de Planificación y Programación***

Se eligió al Ecuador para formar parte del Subcomité de Planificación y Programación por haber llegado a su término el mandato de El Salvador en el Comité Ejecutivo (decisión CE121(D2)).

### ***Elección de un Miembro para integrar el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales***

Se eligió a Antigua y Barbuda para formar parte del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales por haber llegado a su término el mandato de Saint Kitts y Nevis en el Comité Ejecutivo (decisión CE121(D3)).

## **Sesiones de los Cuerpos Directivos**

### ***Análisis del proceso y contenido del 40.º Consejo Directivo, 49.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas***

En general, el Comité fue del parecer que el Consejo Directivo había sido muy productivo y eficaz. Sin embargo, se sugirió que, en el futuro, debería tratarse de que se siguiera más estrictamente el horario y el programa de reuniones aprobados. Varios delegados señalaron que, como al final de la semana ya casi no quedaba tiempo, no todos los puntos del orden del día habían recibido la misma consideración exhaustiva, y que ello no era justo para el personal de la OPS que había dedicado considerable tiempo y esfuerzos a preparar los documentos e intervenciones correspondientes. También se señaló que apartarse demasiado del cronograma establecido podría trastornar los planes y resultar potencialmente costoso para los delegados que vienen a las sesiones concretamente para hablar sobre ciertos puntos.

El Comité hizo varias sugerencias para acrecentar la eficiencia de las sesiones futuras del Consejo Directivo, a saber: 1) limitar el número de puntos que se incluyen en el orden del día del Consejo, a objeto de que se disponga de suficiente tiempo para el debate; 2) planificar el orden del día del Subcomité de Planificación y Programación y el del Comité Ejecutivo teniendo presente la necesidad de limitar el número de puntos que se incluyan en el orden del día del Consejo; 3) estudiar mecanismos mediante los cuales el Comité Ejecutivo pueda tomar más decisiones acerca de la programación, a fin de que se envíen menos puntos al Consejo; 4) incluir en todos los documentos del Consejo Directivo un enunciado relativo a los aspectos concretos que se pide al Consejo que aborde, a objeto de encauzar el debate; y 5) prescindir de las intervenciones orales



del representante del Comité Ejecutivo durante el Consejo Directivo y, a cambio, distribuir las exposiciones por escrito correspondientes a todos los delegados.

El Director señaló que era difícil seguir estrictamente el cronograma establecido porque a veces algunos puntos del orden del día que no se esperaba que suscitaran mucho debate generaban considerable entusiasmo. Por consiguiente, es esencial que haya cierta flexibilidad. Estuvo de acuerdo con la necesidad de someter menos puntos a la consideración del Consejo Directivo y dijo que durante el próximo ciclo de sesiones la Secretaría se esforzaría en examinar los puntos de una manera más crítica, con miras a determinar los que podrían ser resueltos definitivamente por el Comité Ejecutivo.

***Resoluciones del 40.º Consejo Directivo, 49.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, de interés para el Comité Ejecutivo***

La Secretaría examinó brevemente las 20 resoluciones aprobadas por el Consejo Directivo. No se analizó ninguna resolución en especial.

***Fechas y temas propuestos para la 29.ª y la 30.ª sesiones del Subcomité de Planificación y Programación***

El Comité decidió que la 29.ª sesión del Subcomité de Planificación y Programación se celebraría el 1 y 2 de diciembre de 1997, y la 30.ª, el 30 y 31 de marzo de 1998 (véase la decisión CE121(D4)).

El Director propuso que los siguientes temas se examinaran en esas dos sesiones: prevención y control del consumo de tabaco; cambios climáticos y salud; bioética; salud de los ancianos; salud y turismo; mitigación de desastres en los establecimientos de salud; cooperación técnica entre países; comunidades saludables; vigilancia y prevención de las enfermedades transmitidas por los alimentos; población, salud reproductiva y salud infantil; evaluación de las metas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia; y orientaciones estratégicas y programáticas para 1999-2002. Los delegados sugirieron varios temas: los Hantavirus; violencia y salud pública; comunicación y salud; y contaminantes orgánicos persistentes. También se sugirió que, al examinar el tema de población, salud reproductiva y salud infantil, la salud sexual y la salud reproductiva se consideraran como dos áreas distintas.

Se decidió que la Secretaría prepararía el orden del día para cada sesión, eligiendo de entre los temas propuestos por el Director y por los delegados y teniendo presente la necesidad de que el número de puntos incluidos sea manejable. Se señaló que las orientaciones estratégicas y programáticas para 1999-2002 deben abordarse forzosamente, puesto que trazan el rumbo de la Organización durante el próximo

cuadrienio. Además, tendrán que presentarse a la Conferencia Sanitaria Panamericana para su aprobación en septiembre de 1998. El Comité recomendó que se asigne prioridad a los puntos que sean de interés para varios países y a los que no hayan sido examinados por los Cuerpos Directivos desde hace algún tiempo.

El Comité adoptó la decisión CE121(D4) sobre este punto.

### ***Fechas de la 122.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo***

El Comité decidió celebrar su 122.<sup>a</sup> sesión del 21 al 26 de junio de 1998 (decisión CE121(D5)).

### ***Fechas de la 25.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, 50.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas***

El Comité aceptó la sugerencia del Director de que la Conferencia se celebre del 21 al 25 de septiembre de 1998 (decisión CE121(D6)).

### **Clausura de la sesión**

El Presidente agradeció a los delegados su participación y los instó a que, al cumplir sus responsabilidades como Miembros del Comité Ejecutivo, tengan presentes los temas importantes recalcados por el Director en su informe anual al Consejo Directivo, en particular la función de la salud en el desarrollo humano, la búsqueda de la equidad y la necesidad de modernizar el sector de la salud. Sobre todo, recalcó, que era esencial no perder nunca de vista el hecho de que el centro de todos los esfuerzos en el terreno de la salud es el ser humano.

### **Decisiones**

En el curso de su 121.<sup>a</sup> sesión, el Comité Ejecutivo adoptó las siguientes decisiones:

#### ***CE121(D1) Adopción del orden del día***

De conformidad con el Artículo 9 del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo, el Comité adoptó el orden del día presentado por el Director (documento CE121/1).

*(Reunión única, 26 de septiembre de 1997)*

***CE121(D2) Elección de un Miembro para integrar el Subcomité de Planificación y Programación***

Se eligió al Ecuador para formar parte del Subcomité de Planificación y Programación por haber concluido el mandato de El Salvador en el Comité Ejecutivo.

*(Reunión única, 26 de septiembre de 1997)*

***CE121(D3) Elección de un Miembro para integrar el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales***

Se eligió a Antigua y Barbuda para participar en el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales por haber concluido el mandato de Saint Kitts y Nevis en el Comité Ejecutivo.

*(Reunión única, 26 de septiembre de 1997)*

***CE121(D4) Fechas y orden del día de la 29.<sup>a</sup> y la 30.<sup>a</sup> sesiones del Subcomité de Planificación y Programación***

El Comité decidió que la 29.<sup>a</sup> sesión del Subcomité de Planificación y Programación se celebraría el 1 y 2 de diciembre de 1997 y que la 30.<sup>a</sup> sesión se celebraría el 30 y 31 de marzo de 1998. El Comité también autorizó a la Secretaría a que prepare el orden del día de cada sesión, teniendo presentes los temas propuestos por el Director y las recomendaciones formuladas por el Comité Ejecutivo.

*(Reunión única, 26 de septiembre de 1997)*

***CE121(D5) Fechas de la 122.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo***

El Comité fijó como fechas para su 122.<sup>a</sup> sesión los días 21 al 26 de junio de 1998.

*(Reunión única, 26 de septiembre de 1997)*

***CE121(D6) Fechas de la 25.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, 50.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas***

De conformidad con el Artículo 7.A de la Constitución de la OPS y el Artículo 1 del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana, el Comité decidió autorizar al Director para que convoque la 25.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, 50.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, que se celebrará en la sede de la Organización, en Washington, D.C., del 21 al 25 de septiembre de 1998.

*(Reunión única, 26 de septiembre de 1997)*

EN FE DE LO CUAL, el Presidente del Comité Ejecutivo y el Secretario ex officio 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 septiembre de mil novecientos noventa y siete. El Secretario depositará los textos originales en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana y enviará copias a los Estados Miembros de la Organización.

---

Alex Adolfo Figueroa Muñoz  
Presidente de la 121.<sup>a</sup> sesión  
del Comité Ejecutivo  
Delegado de Chile

---

George A. O. Alleyne  
Secretario ex officio de la 121.<sup>a</sup> sesión  
del Comité Ejecutivo  
Director de la  
Oficina Sanitaria Panamericana

## **ORDEN DEL DÍA**

### **1. APERTURA DE LA SESIÓN**

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

2.1 Elección del Presidente, el Vicepresidente y el Relator

2.2 Adopción del orden del día

### **3. SUBCOMITÉS DEL COMITÉ EJECUTIVO**

3.1 Elección de un Miembro para integrar el Subcomité de Planificación y Programación por haber llegado a su término el mandato de El Salvador en el Comité Ejecutivo

3.2 Elección de un Miembro para integrar el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales por haber llegado a su término el mandato de Saint Kitts y Nevis en el Comité Ejecutivo

### **4. SESIONES DE LOS CUERPOS DIRECTIVOS**

4.1 Análisis del proceso y contenido del 40.º Consejo Directivo, 49.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

4.2 Resoluciones del 40.º Consejo Directivo, 49.ª sesión del Comité Regional de las OMS para las Américas, de interés para el Comité Ejecutivo

4.3 Fechas y temas propuestos para las 29.ª y 30.ª sesiones del Subcomité de Planificación y Programación

4.4 Fechas de la 122.ª sesión del Comité Ejecutivo

4.5 Fechas de la 25.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 50.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

### **5. OTROS ASUNTOS**

**LIST OF PARTICIPANTS  
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members of the Committee  
Miembros del Comité**

**Antigua and Barbuda  
Antigua y Barbuda**

Hon. Samuel Aymer

**Bahamas**

Dr. Marcelene Dahl-Regis

**Chile**

Dr. Alex Figueroa Muñoz

**Colombia**

Srta. Sara Gamba Fuentes

**Costa Rica**

Dr. Hermán Weinstok

**Ecuador**

Dr. Asdrúbal de la Torre

**Mexico  
México**

Dra. Melba Muñoz-Martelón

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

**Panama**  
**Panamá**

Dra. Aída Moreno de Rivera

**Paraguay**

Lic. María Cristina Semidei de Ortiz

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

Mr. Neil Boyer

**Observers**  
**Observadores**

**Member States**  
**Estados Miembros**

**Argentina**

Dr. Argentino Pico

**Canada**  
**Canadá**

Mr. Nick Previsich

**Peru**  
**Perú**

Dr. Pablo Augusto Meloni Navarro

**Venezuela**

Dr. José Oletta

**PAN AMERICAN SANITARY BUREAU  
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

*Director (Secretary ex officio of the Directing Council)*  
*Director (Secretario ex officio del Consejo Directivo)*

Dr. George A. O. Alleyne

*Advisers to the Director*  
*Asesores del Director*

Dr. David Brandling-Bennett  
Deputy Director

Dr. Mirta Roses  
Assistant Director

Mr. Thomas Tracy  
Chief of Administration

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

Mr. Horst Otterstetter  
Director, Division of Health and Environment

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

Dr. José Antonio Solís  
Acting Director, Division of Health Promotion and Protection

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

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



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

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

Dr. Irene Klinger  
Chief, Office of External Relations

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

*Chief, Legal Office*  
*Jefe, Oficina de Asuntos Jurídicos*

Dr. Heidi Jiménez

*Chief, General Services*  
*Jefe, Servicios Generales*

Mr. César A. Portocarrero

*Chief, Conference and Secretariat Services*  
*Jefe, Servicios de Conferencia y Secretaría*

Ms. Janice Barahona

122.<sup>a</sup> sesión  
Washington, D.C.  
Junio de 1998

CSP25/4 (Esp.)  
Anexo B

CE122/FR (Esp.)  
25 junio 1998  
ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLÉS

## **INFORME FINAL**

## ÍNDICE

	<i>Página</i>
Apertura de la sesión .....	5
Mesa Directiva .....	5
Adopción del orden del día y del programa de reuniones.....	6
Informes de comités y subcomités.....	6
Informe del Subcomité de Planificación y Programación.....	6
Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 1998 .....	7
Asuntos relativos a la política de los programas .....	8
Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para 2000-2001 .....	8
Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999-2002 .....	10
Población y salud reproductiva.....	14
La cooperación técnica entre países: panamericanismo en el siglo XXI.....	16
Prevención y control del consumo de tabaco .....	19
Salud de las personas de edad .....	22
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas .....	25
Repercusiones sanitarias del fenómeno El Niño .....	28
Hantavirus .....	31
Vacunas e inmunización.....	32
Programa de publicaciones de la OPS .....	35
Asuntos administrativos y financieros .....	38
Informe sobre la recaudación de las cuotas.....	38
Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo para 1996-1997 .....	39
Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles, y mantenimiento y reparación de los edificios propiedad de la OPS .....	42
Edificios de las oficinas de campo de la OPS.....	44
Asuntos de personal .....	44
Modificaciones del Reglamento del Personal de la OSP.....	44
Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS.....	45

**ÍNDICE** (cont.)

	<i>Página</i>
Asuntos de información general .....	47
Resoluciones y otras acciones de la 51. <sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS .....	47
Asuntos relativos al reglamento .....	49
Representación del Comité Ejecutivo en la 25. <sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, 50. <sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas .....	49
Programa provisional de temas de la 25. <sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, 50. <sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.....	49
Clausura de la sesión .....	50
Resoluciones y decisiones .....	51
Resoluciones .....	51
CE122.R1 Recaudación de las cuotas .....	51
CE122.R2 Informe Financiero del Director e Informe Financiero del Auditor Externo para 1996-1997.....	52
CE122.R3 Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el ejercicio económico 2000-2001 .....	53
CE122.R4 Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999-2002.....	54
CE122.R5 Población y salud reproductiva.....	55
CE122.R6 Prevención y control del consumo de tabaco .....	57
CE122.R7 Premio OPS en Administración, 1998 .....	58
CE122.R8 Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana .....	59
CE122.R9 Salud de las personas de edad .....	60
CE122.R10 Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.....	62
CE122.R11 Repercusiones sanitarias del fenómeno El Niño.....	64
CE122.R12 Vacunas e inmunización.....	66
CE122.R13 Programa provisional de temas de la 25. <sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, 50. <sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas .....	68
CE122.R14 Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles, y mantenimiento y reparación de edificios propiedad de la OPS .....	68

ÍNDICE (cont.)

	<i>Página</i>
Decisiones .....	69
CE122(D1) Adopción del orden del día .....	69
CE122(D2) Representación del Comité Ejecutivo en la 25. <sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, 50. <sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para la Américas .....	69
CE122(D3) Informe del Subcomité de Planificación y Programación.....	69
CE122(D4) La cooperación técnica entre países: panamericanismo en el siglo XXI .....	69
CE122(D5) Hantavirus .....	69
CE122(D6) Programa de publicaciones de la OPS .....	70
CE122(D7) Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS .....	70
CE122(D8) Edificios de las oficinas de campo de la OPS.....	70
CE122(D9) Resoluciones y otras acciones de la 51. <sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS .....	70
Anexos	
Anexo A. Orden del día	
Anexo B. Lista de documentos	
Anexo C. Lista de participantes	

## INFORME FINAL

### Apertura de la sesión

La 122.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo se celebró en la sede de la Organización Panamericana de la Salud del 22 al 25 de junio de 1998. La reunión contó con la asistencia de los delegados de los nueve Miembros del Comité Ejecutivo, a saber: Antigua y Barbuda, Bahamas, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá y Paraguay. En calidad de observadores estuvieron presentes representantes de los siguientes Estados Miembros y Estados Observadores: Bolivia, Canadá, Cuba, Estados Unidos de América, Francia, Jamaica, Uruguay, Venezuela y España. Además, estuvieron representadas cinco organizaciones intergubernamentales y cuatro organizaciones no gubernamentales.

El Dr. Fernando Muñoz Porras (Chile, Presidente del Comité Ejecutivo) inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes.

El Dr. George Alleyne (Director, OSP) se unió a la bienvenida a los participantes. Para informar a quienes asistían por primera vez a una de estas reuniones, examinó las funciones y las responsabilidades del Comité Ejecutivo, señalando que la 122.<sup>a</sup> sesión del Comité sería particularmente importante, puesto que se trataba de la reunión previa a la Conferencia Sanitaria Panamericana, la máxima autoridad de la Organización. Al destacar los temas clave y resolver discrepancias con respecto al contenido y la redacción de las resoluciones, el Comité Ejecutivo ayudaría a evitar debates innecesarios y facilitaría enormemente las labores de la Conferencia.

### Mesa Directiva

Los Miembros que habían sido elegidos para ocupar un cargo en la 121.<sup>a</sup> sesión del Comité siguieron desempeñándolos en la 122.<sup>a</sup> sesión. En consecuencia, la Mesa Directiva quedó integrada de la siguiente forma:

<i>Presidente:</i>	Chile	(Dr. Fernando Muñoz Porras)
<i>Vicepresidente:</i>	Bahamas	(Dr. Merceline Dahl-Regis)
<i>Relator:</i>	Paraguay	(Dr. Andrés Vidovich Morales) (Dr. Mario Dullak Peña)

Dado que el delegado del Paraguay se retrasó por razones ajenas a su voluntad y no estuvo presente en la apertura de la sesión, el Comité seleccionó a México (representado por el Dr. Miguel Ángel Lezana) para actuar como Relator pro tempore.

### **Adopción del orden del día y del programa de reuniones (documentos CE122/1, Rev. 3. y CE122/WP/1)**

El Comité aprobó el orden del día provisional y el programa de reuniones preparados por la Secretaría (decisión CE122(D1)).

### **Informes de comités y subcomités**

#### ***Informe del Subcomité de Planificación y Programación (documento CE122/5)***

El informe sobre la 29.<sup>a</sup> y la 30.<sup>a</sup> sesiones del Subcomité de Planificación y Programación fue presentado por la Dra. Merceline Dahl-Regis, quien había presidido el Subcomité en representación de Bahamas en la 30.<sup>a</sup> sesión. En las dos sesiones el Subcomité había tratado nueve temas que posteriormente se incluyeron en el orden del día de la 122.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo, a saber: Prevención y control del consumo de tabaco; Salud de las personas de edad; Hantavirus; Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999-2002; La cooperación técnica entre países: panamericanismo en el siglo XXI; Cambio climático y enfermedades infecciosas: consecuencias del fenómeno El Niño; Población y salud reproductiva; Programa de publicaciones de la OPS, y Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el ejercicio 2000-2001. Algunos comentarios del Subcomité sobre estos temas se resumen en los apartados correspondientes del presente informe.

El Subcomité también consideró los siguientes puntos, que no se transmitieron al Comité Ejecutivo para su consideración: Vigilancia y prevención de enfermedades transmitidas por los alimentos; Comunicación y salud; Salud y turismo; Mitigación de desastres en los establecimientos de salud, y Bioética. En los informes finales de la 29.<sup>a</sup> y la 30.<sup>a</sup> sesiones del Subcomité pueden hallarse resúmenes de las ponencias y los debates sobre todos los temas antedichos (documentos SPP29/FR y SPP30/FR).

En el debate que siguió al informe, el Comité Ejecutivo destacó las vinculaciones entre varios puntos examinados por el Subcomité, en particular los que existían entre salud, comunicación, turismo y enfermedades transmitidas por los alimentos. Varios delegados recalcaron el valor del trabajo de la Organización en el área de la salud y el turismo, especialmente dada la importancia económica del turismo para muchos países

americanos. También se hizo hincapié en la importancia de la atención continua a los retos que plantea el envejecimiento de la población de la Región.

El Comité tomó nota del informe del Subcomité (decisión CE122(D3)).

***Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 1998 (documentos CE122/6; CE122/6, Add. I, y CE122/6, Corrig. I)***

La Dra. Melba Muñiz Martelón (México) informó que el Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 1998, compuesto por los Delegados de Bahamas, Chile y México, se había reunido el 23 de junio de 1998 y, después de un examen cuidadoso de las cualificaciones de los candidatos, había decidido otorgar el premio a la Dra. Christine Olive Moody, de Jamaica, por su contribución a la planificación, la administración y el liderazgo de los servicios de salud de Jamaica y por sus esfuerzos continuos para lograr el desarrollo de los servicios de atención primaria de salud a los niveles regional y mundial.

También señaló que uno de los candidatos no se había considerado porque la propuesta de candidatura se había recibido después de la fecha límite. El Jurado recomendó que esa candidatura se mantuviera en suspenso para su consideración en 1999, sujeta al aval del gobierno del candidato.

El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito la selección de la Dra. Moody y recalcó su labor pionera en el área de la atención primaria de salud y sus muchas contribuciones, no solo al desarrollo científico del campo de la salud, sino al adiestramiento de los trabajadores sanitarios en toda la región del Caribe. La observadora para Jamaica señaló que, además, la Dra. Moody había sido un catalizador para el cambio a nivel mundial. Había participado activamente en la creación del concepto de la atención primaria de salud mucho tiempo antes de que se celebrase la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud, en Alma-Ata (antigua Unión Soviética) y fue una de las personas que contribuyó a darle forma a la declaración y al enfoque de atención primaria de salud emanados de esa conferencia y que siguen orientando la labor de la Organización y de los profesionales de salud pública en todo el mundo. El representante agradeció al Comité, en nombre del pueblo de Jamaica, su decisión de otorgar el premio a la Dra. Moody.

El Director, en respuesta a una solicitud de uno de los delegados, dijo que los informes futuros del Jurado irían acompañados de un esbozo biográfico del galardonado para dar al Comité Ejecutivo una mejor idea de los antecedentes y los logros de dicha persona.



El Comité aprobó la resolución CE122.R7.

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

#### ***Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para 2000-2001 (documento CE122/7)***

El Sr. Michael Usnick (Jefe de Presupuesto, OPS) recordó al Comité que el documento que se estaba considerando contenía solo la parte aportada por la OMS al presupuesto ordinario por programas para la Región de las Américas correspondiente a 2000-2001. La porción de la OMS representaba aproximadamente 33% del programa ordinario de base de la OPS. El presupuesto combinado de la OPS/OMS para ese bienio se presentaría a los Cuerpos Directivos en 1999. Las instrucciones del Director General de la OMS estipulaban un crecimiento nulo de los programas generales y habían exigido que los proyectos de presupuesto regionales se presentaran sin ningún aumento de costos con relación al presupuesto por programas de 1998-1999. En consecuencia, la cantidad que se solicitaba para las Américas era de \$82.686.000,\* la cual representaba un aumento pequeño sobre el presupuesto del ejercicio 1996-1997. En realidad, la porción que aportaría la OMS al presupuesto de la OPS habría aumentado sólo 3,6% en términos nominales durante el período 1994-2001, lo que iba a significar recortes efectivos en los programas.

El Sr. Usnick recordó que en la 30.<sup>a</sup> sesión del Subcomité de Planificación y Programación él había informado que la Organización Mundial de la Salud, en el contexto de la reforma constitucional, estaba considerando un nuevo modelo de asignación del presupuesto que reduciría drásticamente las asignaciones a algunas regiones, a la vez que aumentaría sustancialmente las de otras. La finalidad era utilizar criterios más objetivos, basados en las necesidades, para fijar las asignaciones, lo cual en el pasado se había hecho basándose en antecedentes históricos y prácticas anteriores. El funcionario informó que en mayo de 1998 la Asamblea Mundial de la Salud, después de intensos debates y negociaciones, había votado por que se adoptara el nuevo modelo. Sin embargo, para ayudar a mitigar los efectos sobre las regiones cuyas asignaciones se iban a reducir, las reducciones se habían limitado a 3% anualmente durante seis años, o tres bienios. El modelo se volvería a examinar en la 57.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, que se celebraría en mayo de 2004.

Aunque la OMS no había finalizado las reasignaciones para el bienio 2000-2001, la Secretaría de la OPS preveía que la asignación de la Región se reduciría en

---

\*Nota: A menos que se indique otra cosa, en el presente informe todas las cantidades de dinero se expresan en dólares de los Estados Unidos.

aproximadamente \$3,7 millones con respecto al nivel de 1998-1999, que había sido de \$82.686.000. Las reducciones para los siguientes dos bienios (2002-2003 y 2004-2005) serían aproximadamente de \$8,4 millones y \$12,7 millones, respectivamente.

El Director observó que los Miembros del Subcomité de Planificación y Programación habían expresado su firme oposición al esquema propuesto de reasignación, aunque habían apoyado el concepto de las asignaciones sobre la base de criterios más objetivos y equitativos. El Subcomité había recomendado que los países de la Región adoptaran una posición común con respecto a la propuesta de reasignaciones. La posición regional había sido que, si bien la reforma era necesaria, el modelo propuesto de reasignación era imperfecto y debían hacerse todos los esfuerzos posibles para corregir las fallas, lo que daría como resultado una reducción menor para la Región de las Américas. Sin embargo, en último término, la Asamblea Mundial de la Salud había adoptado la propuesta original. A su modo de ver, dijo el Dr. Alleyne, los países de la Región habían mostrado mucha solidaridad al aceptar la reducción, considerando que ello redundaba en el interés de la Organización Mundial de la Salud en su totalidad. No obstante, esa decisión significaría una reducción general de 20% de la asignación de la OMS a las Américas. Quizá fuese posible hacer algunos ajustes en el presupuesto ordinario de la OPS para que el presupuesto combinado definitivo no se viera afectado significativamente, pero la reducción tendría que tomarse en consideración al elaborar el proyecto de presupuesto para 2000-2001.

El Comité Ejecutivo reiteró una cuestión planteada por el Subcomité en su 30.<sup>a</sup> Reunión, a saber, que el modelo de reasignación parecía castigar a las regiones que habían logrado los mayores adelantos en el mejoramiento de la situación sanitaria y que habían demostrado una gestión financiera adecuada. El Comité recalcó que cabía esperar que todas las regiones de la OMS, pero especialmente las que estarían recibiendo un aumento de sus asignaciones, utilizaran sus recursos eficientemente y los administraran de manera transparente.

El observador por los Estados Unidos de América volvió a reiterar la oposición de su país a cualquier aumento del presupuesto de la OMS o de la OPS. Dijo que el documento presentado al Comité parecía indicar que la OMS permitiría aumentos de costos en una etapa posterior del proceso de presupuestación, cosa que no sería aceptable para su gobierno. Dijo que los Estados Unidos estaban muy comprometidos con ambas organizaciones, pero creía que era esencial reducir sus presupuestos para mantener las cuotas a un nivel que los países pudieran pagar. Los presupuestos, por consiguiente, debían estar mejor orientados, asignando la mayor parte de los recursos a los programas que fuesen de más alta prioridad para los Estados Miembros y reduciendo las asignaciones a las áreas de menor prioridad.

El Sr. Usnick reiteró que las instrucciones del Director General de la OMS exigían que los proyectos de presupuesto regionales se presentaran sin aumentos de costos, y dijo que la Secretaría desconocía que la OMS tuviera planes para permitir tales aumentos. El Director dijo que pensaba que era prematuro tratar lo que los países pudieran decidir sobre el presupuesto para el bienio 2000-2001 antes siquiera de que se hubiese preparado dicho presupuesto. Comprendía la posición de los Estados Unidos, pero no creía que debía tomarse como la posición de todos los Estados Miembros. No obstante, estuvo de acuerdo en que era importante fijar las prioridades y reconocer que la Organización no podía responder a todas las solicitudes de cooperación técnica. Agregó que la OPS aplicaba tres criterios al formular su programa y presupuesto: la determinación de las prioridades nacionales, la determinación de las prioridades que requerían cooperación internacional y, lo que es más importante aun, cuáles de esas necesidades de cooperación técnica podría la OPS satisfacer mejor.

El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE122.R3.

***Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999-2002 (documentos CE122/8 y CE122/8, Corrig. I)***

Este tema fue presentado por los doctores Juan Manuel Sotelo y Germán Perdomo (Oficina de Análisis y Planificación Estratégica, OPS), quienes esbozaron las orientaciones estratégicas y programáticas (OEP) propuestas y las metas regionales para el cuatrienio 1999-2000, así como algunas de las maneras en que la Secretaría había pensado aplicar las OEP por medio de sus programas de cooperación técnica. El Dr. Sotelo señaló que se había preparado el documento teniendo en cuenta los comentarios del Subcomité de Planificación y Programación y los resultados de las consultas nacionales llevadas a cabo durante el proceso de formulación de las OEP. La Secretaría también incorporaría los comentarios del Comité Ejecutivo y esperaba, por lo tanto, poder presentar a la 25.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana un documento que reflejara verdaderamente el consenso de los Estados Miembros en lo referente al marco de política para la planificación estratégica de la cooperación técnica de la Secretaría en el próximo cuatrienio.

El funcionario explicó que las OEP se habían derivado de un análisis integral de las situaciones, las necesidades y las prioridades en materia de salud en los países de las Américas. Al mismo tiempo, representaban la respuesta de la Región a las políticas mundiales expresadas en la nueva política sobre salud para todos para el siglo XXI y el noveno y décimo programa general de trabajo de la OMS. Las OEP se expresarían en forma concreta en los programas y los presupuestos bienales de la Organización. El instrumento para articular todas las normas de política mundiales y regionales con los recursos presupuestarios era el Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y

Evaluación de la Región de las Américas (AMPES). El Dr. Sotelo distribuyó una publicación en la que se describían algunos de los cambios introducidos recientemente en el AMPES para facilitar la medición de los resultados, agilizar los procesos de gestión, simplificar las respuestas a las necesidades de los países y lograr la máxima transparencia en la programación y el uso de los recursos.

Volviendo a las OEP mismas, el funcionario dijo al Comité que el proceso de consulta había revelado que persistían muchos problemas e inequidades y que no se habían alcanzado las metas y los objetivos establecidos para el cuatrienio 1995-1998. Por consiguiente, se había decidido que las cinco orientaciones estratégicas adoptadas en el último cuatrienio debían mantenerse para permitirle a la Secretaría seguir trabajando con miras a superar los grandes problemas que habían dado origen a dichas orientaciones. Otra razón para mantener las orientaciones era que varios países habían formulado políticas nacionales basadas en las OEP actuales y estaban usándolas como un marco de referencia. Como en el cuatrienio anterior, el logro de la equidad se había identificado como el objetivo principal para el período 1999-2002. También se había establecido un conjunto de metas regionales con relación a los resultados en materia de salud, los factores determinantes de la salud y políticas y sistemas de salud.

A continuación, el Dr. Perdomo presentó las metas concretas para cada una de las tres áreas ya mencionadas y destacó las principales orientaciones programáticas que guiarían la cooperación técnica de la Secretaría de conformidad con las cinco orientaciones estratégicas: 1) salud en el desarrollo humano, 2) promoción y protección de la salud, 3) protección del medio ambiente y desarrollo, 4) desarrollo de sistemas y servicios de salud, y 5) prevención y control de enfermedades. En lo que se refiere a las metas regionales, señaló que reflejaban no solo los objetivos que se consideraban realizables, sino también los compromisos aceptados por los países de acuerdo con la política mundial sobre salud para todos para el siglo XXI. En cuanto a las orientaciones programáticas, estas se habían ajustado para reflejar la necesidad de abordar tanto los problemas de salud pública de larga data como los problemas nuevos, emergentes y reemergentes. En conclusión, el funcionario afirmó que, si bien las orientaciones estratégicas y programáticas estaban destinadas principalmente a orientar el trabajo de la Secretaría y permitirle contribuir eficazmente al logro de las metas regionales, se esperaba que los países también las tendrían presentes para su propia programación y establecimiento de políticas.

El Comité Ejecutivo manifestó que el documento reflejaba con exactitud las recomendaciones hechas por el Subcomité en su 30.<sup>a</sup> sesión, así como las principales preocupaciones y problemas de salud que habían emanado de las consultas nacionales. En particular, el Comité recibió con beneplácito los cambios hechos a las orientaciones programáticas para eliminar las repeticiones y dar prioridad a las actividades. Se sugirió

que las diapositivas presentadas por los doctores Sotelo y Perdomo se incorporaran en el documento, ya que ayudaban a aclarar las metas y las prioridades durante el próximo cuatrienio. El Comité también expresó su apoyo decidido a la importancia que asignaba el documento a la equidad.

En cuanto a aspectos concretos de las orientaciones estratégicas y programáticas, el Comité consideró que uno de los temas que debería recibir la máxima prioridad en el próximo cuatrienio era la reforma del sector de la salud y la vigilancia de cómo los países estaban adaptando sus sistemas sanitarios para superar las inequidades y los escollos planteados por los cambios en los perfiles demográficos y epidemiológicos. La cooperación técnica entre países también se identificaba como una prioridad. En cuanto a las metas regionales, el consenso era que se trataba de metas realistas y realizables. Sin embargo, varios delegados comentaron que en algunos casos sería preferible establecer metas subnacionales, ya que había diferencias significativas dentro de los países en lo que se refería a algunos indicadores, como la cobertura de vacunación. Por la misma razón, algunos delegados opinaron que deberían establecerse metas subnacionales con relación a los sistemas de información sanitaria y la producción de datos de salud, ya que los datos sobre la situación nacional quizá tendieran a ocultar problemas que existían a nivel local, provincial o estatal. Con respecto a la meta del uso de datos básicos de salud comprobados, un delegado subrayó la necesidad de especificar cómo y quién habría de comprobar los datos o, preferentemente, de utilizar una medida más objetiva de la calidad de los datos. Otro delegado señaló que era preciso incluir una meta en relación con la salud bucodental y la fluoración.

En respuesta a los comentarios del Comité, el Dr. Sotelo recalcó que la Secretaría asignaba gran prioridad al apoyo y la promoción de la cooperación técnica entre países, como lo manifestaba el hecho de que el tema había figurado como punto del orden del día en las reuniones de los Cuerpos Directivos celebradas en 1998. Con relación a las metas regionales, señaló que, aunque las metas en el documento se enunciaban en términos generales, se habían determinado metas más concretas en áreas como la vacunación y el control de las enfermedades inmunoprevenibles, teniendo en cuenta las diferencias que existían dentro de los países. El Dr. Perdomo recalcó que la Secretaría estaba totalmente al corriente de la necesidad de registrar la información al nivel más bajo posible, a fin de detectar inequidades. Con respecto a los datos básicos, explicó que el calificativo de “comprobados” pretendía transmitir la idea de que sólo debía publicarse la información que fuese exacta y que reflejase la situación verdadera. La Secretaría trataría de encontrar un término más idóneo.

A petición del Director, el Dr. Daniel López Acuña (Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud) comentó sobre las actividades de la Organización en cuanto a la reforma del sector sanitario. Recordó que en la Cumbre de las

Américas celebrada en Miami en 1994, los jefes de Estado y de gobierno de la Región habían asignado un mandato a la OPS en el sentido de que vigilara y evaluara los procesos de reforma sanitaria. En consecuencia, la Organización había venido trabajando con otras organizaciones internacionales de cooperación para crear un sistema de vigilancia de dicha reforma, y había intervenido en un proyecto colaborativo con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID), bajo el cual se habían formulado metas concretas. Esas metas podrían adaptarse fácilmente e incorporarse en las OEP para el próximo cuatrienio.

El Dr. López Acuña señaló que la Organización también había preparado un marco para el seguimiento y la evaluación de la reforma del sector sanitario, con la finalidad de permitir a los países evaluar los adelantos, el contenido y, sobre todo, la repercusión de las iniciativas de reforma sanitaria en los servicios de salud por lo que se refiere a equidad, calidad, eficacia, eficiencia, sostenibilidad financiera y participación social. Esos cinco principios habían sido considerados como criterios para la evaluación de las iniciativas de reforma sanitaria por la Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud, celebrada simultáneamente con el Consejo Directivo en 1995.

El Director dijo sentirse complacido de que el Comité estuviera de acuerdo en que la equidad debía seguir siendo el principio rector de las OEP. Recalcó que la equidad implicaba no solo el acceso a la atención curativa sino también el acceso a la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y los servicios de rehabilitación. Además, lograr la equidad también significaba poner de manifiesto y abordar los factores determinantes sociales y económicos que conducían a la mala salud. Para remediar las inequidades, era imprescindible contar con información exacta que revelara dónde existían las inequidades, y por ese motivo la Secretaría estaba recalando la importancia de los datos básicos. Con respecto a los comentarios del Comité sobre las metas enumeradas en el documento, como se había señalado en la 30.<sup>a</sup> sesión del Subcomité y en muchas visitas a los países, el documento de las OEP no debía considerarse un documento de programación y, por consiguiente, no debía contener metas o cifras del presupuesto específicas. Más bien, estaba destinado a proporcionar orientaciones generales para el trabajo de la Secretaría. En consecuencia, si bien era cierto que las metas podrían perfeccionarse y hacerse más claras, no debían ser excesivamente específicas. El Dr. Alleyne expresó su agradecimiento a los Estados Miembros por sus aportaciones valiosas, que habían ayudado a producir un documento que proporcionaba normas claras para el programa de cooperación técnica de la Organización en los próximos cuatro años.

El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE122.R4.

***Población y salud reproductiva (documento CE122/11)***

La ponencia sobre este tema corrió a cargo de la Sra. Carol Collado (Coordinadora Interina, Programa de Salud de la Familia y Población, OPS), quien esbozó la función de la OPS y el enfoque preconizado por la Organización en el área de la salud reproductiva. Como una parte esencial de la salud y el desarrollo humano, la salud reproductiva estaba vinculada directamente a la misión de la OPS. El marco de referencia para las actividades de la Organización en esta área lo proporcionaban las diversas políticas y planes de acción en materia de población, salud reproductiva, planificación de la familia y mortalidad materna adoptados en el último decenio por los Cuerpos Directivos. Además, la OPS tenía el mandato de apoyar y promover las decisiones internacionales adoptadas en reuniones internacionales como la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer y otras. Es más, el enfoque global de la Región por la Organización, y larga relación de esta con los países y sus instituciones le conferían una función ideal como catalizador para ayudar a los países a que trabajaran en pro de una visión integrada de la salud reproductiva que promoviera la calidad de vida y el desarrollo sostenible.

Durante los 30 años que la OPS llevaba desempeñando actividades en el campo de la salud reproductiva, se habían producido varios cambios, tanto prácticos como conceptuales. Uno de los más significativos había sido la adopción de una nueva definición de salud reproductiva en la CIPD en 1994. En conformidad con esa definición, la salud reproductiva se consideraba como un proceso de toda la vida y una parte integrante del desarrollo humano. Ese cambio conceptual, unido a la aparición de nuevos problemas directamente vinculados con la mala salud reproductiva, exigía nuevos enfoques por parte de la OPS y los Estados Miembros para promover y mejorar la salud reproductiva de la población de la Región.

El enfoque propugnado en el documento era holístico, multisectorial y orientado hacia el desarrollo humano y la responsabilidad social. Incorporaba un foco de interés biopsicosocial, un enfoque de ciclo de vida y una perspectiva de género, y tenía en cuenta los factores culturales que influyen en las prácticas de salud reproductiva. El documento proponía varias estrategias y prioridades para guiar las actividades de los países y las de la OPS con los países, y esbozaba los resultados que la Secretaría consideraba que se derivarían de los esfuerzos concertados para mejorar la salud reproductiva en la Región. Los resultados previstos eran una política clara y un marco legislativo que garanticen los derechos a la salud reproductiva; modelos de asistencia sanitaria que ofrezcan calidad, atención apropiada, acceso a los grupos subatendidos y servicios fáciles de usar; reducción de los índices de los problemas de salud prevalentes, y una población más sana, mejor informada y con poder de decisión.

El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito la incorporación en el documento de varios cambios recomendados por el Subcomité de Planificación y Programación, en

particular la inclusión de estudios de casos y ejemplos de la mejor práctica en la esfera de la salud reproductiva. Al igual que el Subcomité, el Comité aplaudió el enfoque holístico y de ciclo de vida propugnado en el documento y su insistencia en el respeto por los derechos humanos, especialmente los derechos de las mujeres con relación a la salud reproductiva. El Comité también elogió a la Secretaría por reconocer que los recursos eran limitados e intentar fijar prioridades para afrontar los muchos problemas que hay en el área de la salud reproductiva.

Se recalcó la importancia de velar por la atención continua a la salud reproductiva en el contexto de la reforma sanitaria. Se sugirió que una manera de hacerlo era demostrar la eficacia en función de los costos de las intervenciones de salud reproductiva, así como las ganancias sociales que podrían reportar. Varios delegados señalaron que era necesario difundir más el concepto ampliado de la salud reproductiva entre los proveedores de servicios de salud y entre la población en general, así como promover mayor conciencia del vínculo existente entre la calidad de la atención de la salud reproductiva y el estado de salud en las diversas etapas de la vida. A este respecto, se subrayó la necesidad de prestar atención a las necesidades de los niños y, especialmente, los adolescentes en materia de salud reproductiva. También se señaló que, en el otro extremo de la gama de edades, las necesidades en materia de salud reproductiva de las personas de edad quizá cambien con la aparición de medicamentos como el sildenafil (Viagra), y se propuso que el documento quizás debía incluir un análisis de las posibles repercusiones de esta clase de preparaciones farmacéuticas en la salud reproductiva. También se sugirió que el documento debía prestar mayor atención al tema de la violencia sexual.

A la Sra. Collado le complació que el Comité estuviera de acuerdo en que el enfoque de ciclo de vida era apropiado. Recalcó que la salud reproductiva no era una inquietud solo para las personas de edad fecunda y que la atención de la salud reproductiva debía empezar antes del nacimiento y seguir durante la vejez. Estuvo de acuerdo en que era importante mostrar la eficacia en función de los costos de las intervenciones para garantizar el apoyo sostenido a los servicios de salud reproductiva. También reconoció la importancia de considerar las posibles repercusiones de los medicamentos como Viagra, no solo en la salud reproductiva sino también en las relaciones entre los sexos.

El Director comentó que no había considerado las implicaciones de Viagra y medicamentos similares en la salud reproductiva; aun así, cualquier medicamento que afectase a la función sexual y las prácticas sexuales de una manera obvia debía tenerse en cuenta al planificar los servicios de salud reproductiva. Sin duda, el asunto merecía estudio adicional. Señaló asimismo que el enfoque de ciclo de vida hacía de la salud reproductiva un área sumamente amplia, cosa que dificultaba establecer líneas específicas de acción.



Agradeció al Comité sus comentarios, que ayudarían a la Secretaría a centrar sus actividades y traducir en programas concretos las ideas presentadas en el documento.

El Comité aprobó la resolución CE122.R5.

***La cooperación técnica entre países: panamericanismo en el siglo XXI (documento CE122/9)***

La Dra. Mirta Roses (Subdirectora, OPS) reseñó el documento, señalando que se había revisado para incorporar los comentarios y las sugerencias del Subcomité de Planificación y Programación. El documento examinaba la evolución de la cooperación técnica entre países (CTP) en la Región, describía diversas modalidades de cooperación entre los países, analizaba varias tendencias recientes en materia de CTP en las Américas y esbozaba algunos retos y perspectivas para el siglo XXI. También describía la función que la OPS había desempeñado en la promoción y facilitación de la CTP y definía los principios que debían primar en las propuestas de CTP preparadas con la cooperación de la OPS/OMS, a saber: solidaridad, soberanía, dignidad, equidad, formación de capacidad local y sostenibilidad.

Las modalidades de CTP incluían la cooperación recíproca, que se establece entre dos o más países para beneficio mutuo; el intercambio o la cooperación conjunta, en la cual dos o más estados cooperan en un proyecto o programa basado en metas u objetivos comunes; las contribuciones, en las cuales un país transfiere tecnología a otro, y los arreglos triangulares, en los cuales un país más desarrollado financia la cooperación entre países poco desarrollados. Dado que los presupuestos de algunos países son insuficientes para ejecutar muchos acuerdos de cooperación bilaterales y multilaterales, los arreglos triangulares se habían convertido en una fuente importante de financiamiento de la CTP. Entre las tendencias de la CTP más prominentes en la Región figuraban la cooperación entre países vecinos, la cooperación entre países de la misma subregión, la cooperación entre países con áreas de interés común en ciencia y tecnología, y la cooperación entre países regida por convenios bilaterales que disponían contribuciones a largo y mediano plazo de recursos humanos y tecnología. La Dra. Roses citó ejemplos de proyectos de CTP de cada tipo, observando que algunos habían recibido apoyo catalítico de la OPS.

En cuanto a los retos para el siglo XXI, la Dra. Roses dijo que, para los países, las principales tareas serían crear sistemas nacionales para coordinar la cooperación externa, monitorear y documentar los resultados de los proyectos de CTP y desarrollar la CTP en el campo de la salud, en el marco de convenios bilaterales o multilaterales. Para los organismos de cooperación, los retos serían utilizar eficazmente las capacidades existentes en la Región como parte de la cooperación técnica que proporcionaban y aplicar nuevas orientaciones de la CTP, recalcando la integración de la cooperación técnica y económica.

Los retos específicos para la OPS serían mantener la CTP como una importante estrategia en las OEP para 1999-2002, maximizar el uso de los centros colaboradores para la CTP, fortalecer la coordinación entre el sistema de las Naciones Unidas y el sistema interamericano con respecto a la CTP en el campo de la salud, y elaborar procedimientos y proporcionar adiestramiento para la gestión y ejecución de los proyectos de CTP relacionados con la salud.

En el debate que siguió a la exposición de la Dra. Roses, el Comité Ejecutivo subrayó la importancia creciente de la cooperación técnica entre los países, especialmente si se consideraban las reducciones del financiamiento en el rubro de la asistencia oficial para el desarrollo (AOD) y las limitaciones de recursos que afrontaban los organismos internacionales de cooperación, lo cual obligaba a buscar opciones para satisfacer las necesidades de cooperación técnica de los países. El Comité también expresó su apoyo decidido al concepto de la cooperación técnica entre países (CTP) adoptada por la OPS, en contraposición al de cooperación técnica entre países en desarrollo (CTPD). Se recalcó que todos los países, independientemente de su nivel de desarrollo, podrían beneficiarse de los conocimientos y las experiencias de otros países. Varios delegados describieron las iniciativas de CTP en que participaban sus países en la Región. El representante de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS) resumió algunas de las formas en que esta había colaborado con la OPS para promover la cooperación horizontal en la esfera de la salud ambiental y el saneamiento. También extendió una invitación a asistir al 26.º congreso anual de AIDIS, que se celebrará en Lima (Perú) durante la primera semana de noviembre.

El Comité señaló varias tendencias importantes para la CTP en el futuro, entre ellas la descentralización de la cooperación y el surgimiento de los proyectos de CTP en el nivel local y el concepto de los servicios compartidos (por ejemplo, cooperación entre países para la prestación de servicios hospitalarios, según la cual cada país prestaba servicios en las áreas en que tenía una ventaja comparativa). Varios delegados pusieron de relieve la necesidad de formalizar los arreglos de cooperación informal existentes entre los países, especialmente en el Caribe, y de crear sistemas e impulsar el adiestramiento dentro de los países para apoyar dicha cooperación. El Comité recibió con beneplácito los cambios hecho al documento en respuesta a las recomendaciones del Subcomité; sin embargo, se sugirió que aún podría mejorarse si se incluyera más información sobre los criterios aplicados por la OPS para la aprobación de los fondos de CTP y quizás un cuadro que mostrara algunos tipos de proyectos que hubiesen recibido esos fondos. El Comité expresó la esperanza de que la cantidad asignada en el presupuesto de la Organización para el apoyo de los proyectos de CTP no descendiera, y de que los fondos disponibles se usaran plenamente.

Los delegados consideraron que la función principal de la OPS en materia de CTP era servir de catalizador y facilitador para las sociedades formadas entre los países. En cuanto a esto, se hicieron varias preguntas acerca de la designación de los centros colaboradores de la OPS/OMS y la función desempeñada por estos en la promoción de la CTP. Se señaló que los centros colaboradores podrían efectuar una contribución importante en los empeños por dirigir más precisamente el presupuesto de la OPS y por lograr que algunas necesidades de cooperación técnica fuesen satisfechas por otros organismos. También se recalcó la función clave que desempeñan las representaciones de la OPS/OMS al ayudar a los países a identificar oportunidades de CTP.

Con respecto a la función de los centros colaboradores, la Dra. Roses dijo que la OPS estaba intentando, por medio de reuniones nacionales de los centros y de otros mecanismos, crear una mayor conciencia sobre el potencial y la capacidad técnica de los diversos centros a fin de fomentar un mayor uso de sus recursos en provecho de la cooperación horizontal. Estuvo de acuerdo en cuanto a la importancia de descentralizar la cooperación e incluir a las entidades locales o regionales como socios en proyectos de cooperación, observando que la OPS había aprendido mucho acerca del potencial de este tipo de cooperación gracias a los convenios que había establecido con organismos regionales en España. En cuanto al uso de los fondos de CTP asignados en el presupuesto de la OPS, opinó que el porcentaje relativamente bajo de utilización (60% en 1997) reflejaba la necesidad de una mayor institucionalización de los mecanismos de CTP, así como adiestramiento en esta área, como el Comité había señalado. También indicó que en la versión revisada del documento se incluirá más información sobre los criterios para la aprobación de la CTP y una lista de los proyectos.

El Director manifestó su agrado de que el Comité apoyase el concepto de la CTP, en contraposición con el de la CTPD, que la Organización consideraba anticuado e inapropiado en el contexto actual de la globalización. La OPS estaba procurando promover la idea de que los países en todos los niveles del espectro de desarrollo podrían beneficiarse del intercambio y la cooperación y, mediante sus programas regionales y las representaciones de la OPS/OMS, seguiría fomentando y buscando oportunidades para la cooperación técnica entre los países de la Región. En cuanto a la cantidad de recursos financieros disponibles para patrocinar los proyectos de CTP, señaló que en el bienio 1998-1999 la OPS había aumentado en 30% la asignación para esa finalidad, a pesar de la reducción del presupuesto general, lo cual evidenciaba la importancia que se atribuía a la CTP.

El Dr. Alleyne estuvo de acuerdo con la necesidad de formalizar los acuerdos de cooperación, recalando que era esencial tener un arreglo oficial para permitir la evaluación de los proyectos de cooperación. De hecho, la existencia de un convenio o proyecto formal era uno de los criterios para la aprobación del financiamiento de la OPS

para los proyectos de CTP. En cuanto a la función de los centros colaboradores, señaló que no podían considerarse realmente una opción para la prestación de la cooperación técnica y, por consiguiente, no eran un medio de reducir el presupuesto de la Organización. Aunque los centros mejoraban sin duda la cooperación técnica en la Región, la creación de redes eficaces de centros colaboradores era una empresa muy costosa.

El Comité Ejecutivo no consideró necesario aprobar una resolución acerca de este punto del orden del día, pero tomó nota del informe de la Dra. Roses (decisión CE122(D4)).

### ***Prevención y control del consumo de tabaco (documento CE122/12)***

El Dr. Enrique Madrigal (Asesor Regional en Abuso de Sustancias, OPS) empezó su ponencia presentando una serie de estadísticas que ilustraban la magnitud de la epidemia de tabaquismo en la Región. Subrayó la complejidad del problema, debido a los numerosos factores determinantes interrelacionados del consumo de tabaco, que exigía un método integral de lucha antitabáquica. Describió a continuación las premisas y los principios en los cuales se basaba el plan de acción propuesto por la OPS para combatir el consumo de tabaco: 1) reducir la prevalencia del consumo de tabaco, que es la causa principal evitable de mortalidad y morbilidad y acarrea consecuencias económicas graves; 2) prevenir o demorar el inicio del hábito de fumar y proporcionar apoyo para las tentativas de abandonarlo; 3) combinar medidas educativas, legislativas, normativas y fiscales en un método integral de lucha antitabáquica; 4) reglamentar el acceso a los productos de tabaco, y 5) proteger a los no fumadores, especialmente los niños, del humo de tabaco en el ambiente.

En los planes de lucha antitabáquica nacionales, la Organización consideraba esenciales los siguientes elementos: 1) la educación, en especial la educación sanitaria en las escuelas y los esfuerzos para disminuir el hábito de fumar entre los profesionales de la salud, los profesores y otras personas que son modelos a imitar; 2) la legislación y reglamentación contra el tabaquismo, con inclusión de disposiciones para limitar la exposición de los menores a la publicidad impresa muy prominente y la publicidad indirecta bajo la forma de patrocinio y respaldo por los productos de tabaco de acontecimientos deportivos y actividades culturales; prohibir el acto de fumar en todos los locales y servicios públicos, de salud y educativos; y restringir la venta de los productos de tabaco, especialmente entre los menores; 3) la adopción de políticas fiscales, incluidos los aumentos sistemáticos en los impuestos sobre los productos de tabaco, y 4) un programa de monitoreo sistemático. La OPS creía que, para tener éxito, los planes de lucha antitabáquica deberían basarse en los enfoques de salud pública y, por consiguiente, empezar con los ministerios de salud, y de allí extenderse a otros ministerios y sectores. Al

mismo tiempo, deben formarse coaliciones entre los gobiernos y las ONG para combatir a la industria tabacalera internacional, que está bien organizada y financiada. La cooperación entre los países era también importante para compartir mejores prácticas y reducir al mínimo las consecuencias no intencionales de las medidas de control, como los aumentos notificados del contrabando de productos de tabaco provenientes del mercado negro cuando los impuestos se elevan significativamente.

El Comité Ejecutivo aplaudió el hincapié que se había hecho en las medidas educativas dentro del contexto de un enfoque integral y multisectorial del problema, especialmente la educación que se dirigía a los niños y jóvenes. También subrayó la importancia de las iniciativas dirigidas a promover los modos de vida sanos en general, ya que las medidas encaminadas a controlar el consumo y la publicidad del tabaco habían resultado insuficientes para afrontar el problema generalizado del consumo de tabaco. La investigación sobre la naturaleza de la adicción y la dificultad de modificar los comportamientos adictivos también se consideró una prioridad. Se recalcó la importancia de aplicar medidas enderezadas a desalentar el tabaquismo entre los médicos y otros profesionales de la salud, así como la necesidad de prohibir el consumo de tabaco en todos los establecimientos sanitarios y los edificios del gobierno. También se destacó la necesidad de analizar tanto los éxitos como los contratiempos de los países que habían aplicado las medidas de lucha antitabáquica.

El Comité señaló que las instituciones culturales y deportivas —que habían sido usadas con éxito por empresas tabacaleras para cabildear a los gobiernos y lograr así exenciones a las prohibiciones contra la publicidad y el patrocinio de sus productos— necesitarían nuevas estrategias para conseguir otros patrocinadores de sus actividades. También se sugirió que el tema del comercio del tabaco se examinase atendiendo a los reglamentos de la Organización Mundial del Comercio (OMC), que podrían usarse para evitar que las empresas tabacaleras amplíen sus mercados en el mundo en desarrollo. La necesidad de difundir información e implantar medidas para prevenir y controlar el consumo del tabaco sin humo fue destacada por un delegado, quien señaló que se estaba empezando a promover tales productos, especialmente entre los jóvenes, con el mensaje falso de que eran menos nocivos para la salud.

Con respecto al documento mismo, se le pidió al Dr. Madrigal que aclarara uno de los principios enumerados en el documento, según el cual la legislación debía controlar los productos de tabaco mismos. También se solicitó que se aclarase la función de los coordinadores nacionales de lucha antitabáquica, así como información más precisa sobre el costo del plan y los recursos necesarios para ponerlo en práctica. El Comité señaló varias funciones claves para la OPS, tales como facilitar la cooperación y el intercambio de experiencias entre los países; producir documentación técnica y científica; formar capacidad a nivel nacional, no solo en el gremio sanitario sino también entre los

educadores, los padres de familia y otros miembros de la sociedad que tengan influencia en el comportamiento de los jóvenes; difundir legislación modelo y facilitar cooperación técnica para ayudar a los países a reglamentar y restringir la publicidad del tabaco; organizar reuniones y foros a nivel nacional para reforzar el ímpetu y el apoyo intersectorial para acometer el reto de reducir el consumo de tabaco, y preconizar los principios y las premisas descritos en el documento y promover su inclusión en las políticas y programas nacionales.

El Dr. Madrigal estuvo de acuerdo con la importancia de la educación para ayudar a reforzar los factores protectores dentro del ámbito familiar, comunitario y escolar, comenzando en una edad muy temprana. También reconoció la necesidad de efectuar investigaciones y de aplicar métodos basados en pruebas fidedignas al problema de la adicción del tabaco, que podría ser un factor de riesgo de adicción a otras sustancias. En respuesta a las preguntas específicas planteadas por los delegados, dijo que en muchos países faltaba un liderazgo fuerte y unificado de las actividades de lucha antitabáquica y, por consiguiente, se consideraba aconsejable nombrar un coordinador nacional, dentro del ministerio de salud, para supervisar la lucha antitabáquica y coordinar las actividades entre los diversos sectores. En lo que se refiere a la legislación para controlar los productos de tabaco, explicó que muchos países no tenían ningún control en lo referente al contenido nicotínico y de ingredientes tóxicos de los cigarrillos; en consecuencia, se necesitaban no solo reglamentos, sino mecanismos para hacerlos cumplir.

El Director dijo sentirse complacido de que tantos Estados Miembros apoyaran la participación de la OPS en la lucha antitabáquica. Señaló que había a veces una tendencia a restarle importancia al tabaquismo como una amenaza para la salud pública, especialmente para los niños. Frente a tales actitudes, las organizaciones como la OPS necesitaban un apoyo tan decidido como el expresado por el Comité para justificar la dedicación de más tiempo, esfuerzo, energías y financiamiento al problema. Recordó que el Subcomité de Planificación y Programación había señalado la necesidad de dar prioridad a las actividades y había determinado que el apoyo a la legislación contra el tabaquismo y la reglamentación del acceso a este y la publicidad de los productos de tabaco eran prioridades destacadas. Por ese motivo, el documento se centraba en gran medida en el tema de la legislación. En cuanto a los comentarios sobre la posibilidad de trabajar con la OMC en la lucha antitabáquica, señaló que la OPS, como una organización regional, tenía capacidad limitada de tratar directamente con la OMC, aunque estaría encantada de participar en cualquier iniciativa conjunta entre la OPS y la OMC con relación a la lucha antitabáquica. El Dr. Alleyne finalizó diciendo que, con el apoyo de los países, la OPS estaba preparada para dedicar más recursos a la prevención y el control del consumo de tabaco. También estaba preparada a ser mucho más enérgica en la busca de recursos extrapresupuestarios para fortalecer los programas y las iniciativas, y realizaría mayores esfuerzos para promover la cooperación entre los países en esta área.

El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE122.R6.

***Salud de las personas de edad (documento CE122/13)***

La Dra. Marta Peláez (Asesora Regional en Envejecimiento y Salud, OPS) presentó el plan de acción propuesto sobre el envejecimiento y la salud, que se basaba en el enfoque holístico del Programa Mundial de la OMS sobre el Envejecimiento. El plan pretendía promover la prestación de servicios e intervenciones para lograr un envejecimiento satisfactorio o en plena actividad, que se había convertido en un imperativo demográfico, económico, de salud pública y ético, dado que las perspectivas de una vejez prolongada se estaban convirtiendo en una realidad para más personas que nunca en las Américas. Aun así, no se estaba prestando la atención necesaria a las necesidades de las personas de edad ni a la creación de la infraestructura necesaria para una sociedad que está envejeciendo, ya que la mayoría de los países de la Región todavía no habían llegado al punto en que se sentía claramente la repercusión del envejecimiento de la población. La OPS instaba a formular políticas y crear sistemas ahora para promover la salud y reducir al mínimo la dependencia de las personas de edad.

La cooperación técnica de la OPS con los países durante los próximos cuatro años se centraría en dos objetivos principales: el mejoramiento de la salud de las personas de edad y la creación de espacios públicos y oportunidades para que dichas personas puedan participar como agentes del cambio. En ambas áreas, se haría hincapié en los servicios de atención primaria de salud, el adiestramiento para la prestación de asistencia, las opciones comunitarias con relación a la asistencia institucional, los programas intergeneracionales, los programas de voluntarios y las redes de personas jubiladas. Las estrategias regionales específicas de la Organización, que estaban basadas en un programa de investigación, recalcarían lo siguiente: 1) la difusión de información mediante la comunicación social, con inclusión de estrategias específicas para comunicar mensajes de salud y sobre cómo envejecer en plena actividad, y talleres regionales para los educadores sanitarios y los medios de comunicación, con objeto de fortalecer su capacidad de transmitir mensajes promocionales acerca del envejecimiento sano; 2) el desarrollo de recursos humanos mediante educación y adiestramiento, y 3) el suministro de las herramientas apropiadas para la promoción de la causa a todos los niveles de la toma de decisiones.

El Programa de Envejecimiento y Salud también funcionaría como centro de distribución de la información sobre el envejecimiento y la salud por conducto de un sitio en la Internet, materiales impresos y materiales de audio y de video, y trabajaría para fortalecer la red de centros de excelencia en las áreas de gerontología, geriatría, atención primaria de salud, envejecimiento sano y aprendizaje de toda la vida por las personas de edad. Para ejecutar el plan de acción, el Programa procuraría fortalecer sus vínculos con otros programas de la OPS; movilizar recursos nacionales, regionales e internacionales

para complementar los fondos asignados; crear una red de centros colaboradores especializados en salud y envejecimiento, y forjar alianzas con fundaciones privadas y públicas.

El Comité Ejecutivo apoyó el plan de acción y el paradigma presentados en el documento. Estuvo de acuerdo en que la salud de las personas de edad era un asunto de interés para todos los países y que la naturaleza multifacética de los asuntos en cuestión exigía adoptar un enfoque holístico. También expresó el apoyo decidido al concepto de la asistencia de las personas de edad basada en la familia y la comunidad. Se recalcó que las personas de edad debían ser consideradas como recursos, no como problemas o simples beneficiarios de programas paternalistas. También se señaló que había un sinergismo natural entre las necesidades de los niños y las de las personas mayores, y que estas podrían tener una función valiosa ayudando a atender a los niños y fortaleciendo así la familia como la unidad social básica.

Aunque el Comité reconoció la naturaleza multifacética de los problemas relacionados con el envejecimiento de la población, varios delegados señalaron que el sector de la salud debe tomar la delantera en lo referente a coordinar la respuesta a dichos problemas. Se destacó la necesidad de integrar los esfuerzos de las organizaciones comunitarias, no gubernamentales y privadas con los de los programas del gobierno, así como la necesidad de reglamentar la calidad de los servicios prestados por programas y establecimientos privados. Varios delegados mencionaron la tendencia creciente a dejar atrás la asistencia institucional y volcarse hacia la asistencia de los ancianos en el hogar, lo que ponía de relieve la necesidad de instaurar políticas gubernamentales en apoyo de esa orientación. También se recalcó la importancia de un mejor adiestramiento y educación en el sector de la salud para sensibilizar a los proveedores de servicios sanitarios con respecto a las necesidades especiales de las personas de edad.

El intercambio de información se consideró un instrumento importante para acometer el problema, pues los países se encontraban en diferentes etapas en cuanto al desarrollo y la aplicación de sus marcos nacionales respectivos. En ese sentido, se puso de relieve la función imprescindible de la OPS en el sentido de coordinar y asumir el liderazgo en la recopilación y difusión de información sobre los temas del envejecimiento y la salud. El Comité mencionó varias áreas particulares en las cuales hacía falta información sobre las experiencias de los países, como son las mejores prácticas de asistencia de los ancianos, el establecimiento de consejos nacionales sobre el envejecimiento, y la legislación para proteger a las personas de edad. Se sugirió que la difusión del nuevo paradigma del envejecimiento sano, que consideraba a los ancianos contribuyentes activos y valiosos de la sociedad, podría ayudar a eliminar los estigmas que a menudo se habían asociado con el proceso de envejecimiento, además de promover mayor solidaridad entre



las diferentes generaciones. También se señaló el poder de la comunicación social en el cambio de las actitudes relacionadas con muchos aspectos del tema.

La delegada de las Bahamas expresó la gratitud de su país a la OPS por haberle brindado el privilegio de ser anfitrión del primer foro del Caribe sobre envejecimiento y salud, celebrado en mayo de 1998, e informó que pronto se publicaría la Carta del Caribe sobre Envejecimiento y Salud, que se había redactado en la reunión.

La Dra. Peláez manifestó su reconocimiento por el consenso que había en relación con hacer de las personas de edad actores y participantes en la sociedad, lo cual subrayaba la importancia de mantener los servicios de salud y otros servicios que permitirían la participación activa de estas personas en la comunidad. También observó el consenso en cuanto a la función de las familias, cosa que beneficiaría no solo a los ancianos sino también a la familia misma y a la sociedad en su totalidad. Estuvo de acuerdo con la insistencia en elaborar programas de adiestramiento y educación en el subsector de atención primaria de salud, especialmente porque los temas de salud relacionados con las personas de edad eran relativamente nuevos para algunos proveedores de asistencia sanitaria. Agradeció a los delegados que compartieron algunas experiencias en marcha en sus países, y dijo que la Secretaría se esforzaría en incorporarlas en el documento como ejemplo de las medidas propuestas para mejorar la salud y el bienestar de las personas de edad.

Por su parte, el Director recalcó que el compromiso de la OPS con el tema del envejecimiento con salud se basaba en su preocupación por la familia, y señaló que precisamente por ello el Programa de Envejecimiento y Salud estaba ubicado dentro del área de la salud de la familia. Estuvo de acuerdo en que la salud de los ancianos era una inquietud urgente, dada la longevidad cada vez mayor de las poblaciones en muchos países de la Región. A ese respecto, señaló que para todos los países de la Región, ricos o pobres, cuando las personas alcanzaban los 60 años de edad, tenían la misma esperanza de vida. Las implicaciones de ese hecho eran notables y, en su opinión, merecían seguir analizándose. También estuvo de acuerdo en que había un sinergismo natural entre las necesidades de los niños y las de las personas de edad, lo cual indicaba que podía haber nuevos caminos para la colaboración entre el UNICEF y la OPS.

El Comité aprobó la resolución CE122.R9.

*Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas (documento CE122/15)*

El Dr. Fernando Zacarías (Coordinador, Programa sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y las Enfermedades de Transmisión Sexual, OPS) destacó algunos de los puntos abordados en el documento. Empezó por presentar las estadísticas más recientes, compiladas por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y por la OPS, acerca de las tasas de infección por el VIH, el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) a nivel mundial y en la Región de las Américas. Señaló que la epidemia de SIDA en la Región era muy heterogénea, y recalcó la necesidad de tener en cuenta las diferencias de las modalidades de infección por el VIH/SIDA a la hora de planificar las estrategias de prevención y atención apropiadas. Por ese motivo, se había ideado una tipología de las epidemias de infección por el VIH/SIDA.

La tipología comprendía tres clases de epidemias: 1) epidemias de transmisión baja, caracterizadas por una prevalencia de infección por el VIH por debajo de 5% en grupos de alto riesgo; 2) epidemias concentradas, con prevalencia de infección por el VIH de más de 5% en uno o varios grupos de alto riesgo, y 3) epidemias generalizadas, en las cuales el VIH se había diseminado a más de 5% de la población en general, a juzgar por las pruebas efectuadas en mujeres embarazadas. En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, la epidemia podría clasificarse como concentrada, lo cual significaba que existía la oportunidad de adoptar las medidas necesarias para detener la propagación adicional de la infección. Actualmente, los programas nacionales contra la infección por el VIH/SIDA y la OPS estaban canalizando sus esfuerzos en cinco áreas principales: vigilancia, gestión y política sanitaria; intervenciones conductuales; elaboración de modelos de atención de la infección por el VIH/SIDA, y prevención y control de las ETS. El Dr. Zacarías describió algunos temas y actividades en marcha en cada área.

De conformidad con una solicitud del 40.º Consejo Directivo (1997), el Dr. Zacarías también puso al corriente al Comité sobre los acontecimientos con relación a las terapias antirretrovíricas y el uso de la zidovudina (AZT) para prevenir la transmisión perinatal. Señaló que las nuevas terapias antirretrovíricas de combinación habían cambiado la epidemiología de la enfermedad y creado la necesidad de diferentes modelos de atención. Sin embargo, debido a su costo elevado, seguían estando fuera del alcance de muchas personas de la Región. La OPS estaba explorando opciones para disminuir el costo y aumentar la disponibilidad de estos medicamentos. El funcionario advirtió que la terapia antirretrovírica no debía considerarse una panacea sino tan solo un elemento en un proceso continuo integral de atención de las personas que viven con la infección por el VIH/SIDA. En cuanto al uso de la AZT para prevenir la transmisión perinatal, informó que un estudio reciente realizado en Tailandia había revelado que un régimen simplificado

de tratamiento breve con AZT era tan eficaz como los esquemas anteriores de tratamiento prolongado, pero mucho menos costoso.

Finalmente, el Dr. Zacarías esbozó los elementos básicos de la nueva estrategia de la OMS para la prevención y atención de las enfermedades de transmisión sexual (PACETS), que el Programa de la OPS sobre el SIDA y las ETS proponía a los Estados Miembros para que estos considerasen la conveniencia de adoptarla. La estrategia había sido concebida para concentrar mayor atención en la prevención, el tratamiento y el control de las enfermedades de transmisión sexual, las cuales se asociaban con un mayor riesgo de contraer la infección por el VIH y eran por sí mismas un problema importante de salud pública. En conclusión, el funcionario mencionó varios mecanismos posibles para fortalecer la prevención y el control de la infección por el VIH/SIDA y las ETS en el futuro, entre ellos la formación de sociedades a nivel nacional, la descentralización de la capacidad técnica, el financiamiento de las actividades de control de la infección por el VIH/SIDA y las ETS por conducto del financiamiento multilateral y bilateral para los proyectos de desarrollo social, la formación de redes de cooperación entre los países y, lo más importante, el mantenimiento de la función de liderazgo técnico del sector de la salud dentro de la respuesta multisectorial promovida por el ONUSIDA.

En el debate del Comité Ejecutivo se plantearon varias inquietudes con respecto a las actividades del ONUSIDA y la función de los ministerios de salud. Se informó que, en algunos países, el ONUSIDA parecía estar desplazando la responsabilidad primaria del control de la infección por el VIH/SIDA del ministerio de salud a la oficina del primer ministro, lo cual generaba dificultades de gestión y comunicación para el ministerio e iba en contra de los intereses de la población. El Comité recalcó que, si bien los problemas del SIDA y la infección por el VIH requerían una respuesta multisectorial, el SIDA era fundamentalmente un problema de salud y, por lo tanto, el sector sanitario debía asumir el liderazgo en el combate al mismo. Asimismo, se subrayó la importancia de la función coordinadora de la OPS en el marco de las actividades del ONUSIDA en la Región.

El Comité aplaudió que la OPS hubiese incluido la infección por el VIH/SIDA dentro del área más amplia del control de las ETS y manifestó su apoyo a la estrategia propuesta de PACETS. Se mencionaron varios aspectos específicos con relación a la estrategia. Se señaló que en algunos países había considerable oposición al uso del condón y que la OPS, dados su prestigio y su posición como fuente oficial de información sanitaria, podría ayudar a combatir esa resistencia difundiendo mensajes que destacaran los beneficios preventivos del uso del condón. Con relación a las recomendaciones sobre el tamizaje y la detección de casos incluidas en la estrategia, un delegado recalcó la necesidad de especificar cuáles ETS serían objeto de dichas medidas, y señaló que, de no ser así, parecería que la OMS y la OPS estaban abogando por hacer la prueba del VIH en la población general. A otros delegados les parecía que los procedimientos para efectuar la

prueba del VIH debían simplificarse y desestigmatizarse para alentar a más personas a hacerse la prueba y, por lo tanto, ayudar de este modo a reducir la transmisión del VIH por las personas que desconocían que estaban infectadas. A este respecto, varios delegados recalcaron la importancia de las intervenciones educativas y conductuales eficaces. También se recalcaron los beneficios potenciales de la cooperación técnica entre países y el intercambio de experiencias con relación a la prevención y el control de la infección por el VIH/SIDA.

En lo que se refiere al costo de tratar los casos de infección por el VIH, se recalcó la necesidad de tener en cuenta también el costo de tratar la tuberculosis. Se señaló que la aparición de medicamentos y terapias nuevos para la infección por el VIH y el SIDA creaba problemas éticos, y que los países necesitaban cooperación y orientación de la OPS para abordarlos y formular políticas apropiadas. Se consideraron especialmente importantes las normas para proteger a las personas que quizá con el tiempo participen en los ensayos de la vacuna contra el VIH.

El representante de la Unión Latinoamericana contra las Enfermedades de Transmisión Sexual (ULACETS) esbozó algunos de las formas en que su organización había colaborado con la OPS, particularmente en las actividades preventivas y educativas, y reiteró el apoyo continuo de la ULACETS en las actividades para combatir las enfermedades de transmisión sexual en América Latina.

El Dr. Zacarías estuvo de acuerdo en que cuestiones como los ensayos de la vacuna, las pruebas de tamizaje y el acceso a los medicamentos y tratamientos planteaban muchos problemas éticos difíciles. La OPS era consciente de esos problemas y los estaba estudiando. La Organización, desde luego, no tenía todas las respuestas, pero podría ayudar a los países a intentar resolver esos dilemas éticos mediante la cooperación técnica y el asesoramiento especializado. Con respecto a los comentarios sobre los costos de tratar la infección por el VIH y la tuberculosis, señaló que tenía poco sentido hablar de aumentar el acceso a los agentes antirretrovíricos costosos cuando en muchos lugares de la Región la población aún no tenía acceso a la penicilina u otros medicamentos para tratar las infecciones oportunistas como la tuberculosis. En cuanto a la promoción de los comportamientos sexuales de menor riesgo y el uso del condón, recalcó que la OPS, por conducto de sus representaciones y a nivel regional, había mostrado particular interés en proporcionar información técnica exacta y objetiva sobre los beneficios del condón. Era bien sabido que, cuando se usa sistemática y correctamente, el condón proporcionaba un alto grado de protección contra la transmisión sexual del VIH y otros agentes infecciosos. La Organización había recalcado, y seguiría recalcando, dicho mensaje técnico. Finalmente, agradeció a la ULACETS su apoyo, señalando que la actuación conjunta de la OPS y esa organización ejemplificaba el tipo de sociedades eficaces entre el sector de la salud pública y el sector no gubernamental.

El Director instó a los países a que tuvieran presentes las recomendaciones del documento en cuanto al establecimiento de sociedades a nivel nacional. Era importante aprovechar toda oportunidad de abordar el problema del SIDA. Como ejemplo, señaló que, cuando se solicitase financiamiento para proyectos en el sector educativo, podría incluirse un componente de educación sobre el SIDA. En cuanto a los temas éticos relativos a los ensayos de la vacuna contra el VIH, señaló que en una reunión reciente de los ministros de salud de la Comunidad del Caribe (CARICOM) se había tratado la ética de los ensayos de la vacuna, y la Organización había ofrecido proporcionar asesoramiento técnico para ayudar a los países a analizar el problema.

En lo tocante a los comentarios sobre el ONUSIDA, el Dr. Alleyne dijo que la OPS, como organismo del sistema de las Naciones Unidas, había estado de acuerdo en colaborar con el ONUSIDA. Sin embargo, la Organización siempre había mantenido que, como el SIDA era esencialmente un problema de salud, competía al sector sanitario la responsabilidad primaria de coordinar las actividades de prevención y control del SIDA. Es más, se había acordado que el ONUSIDA desempeñaría una función facilitadora, no operativa. En consecuencia, si había pruebas de que el ONUSIDA estaba propugnando que la responsabilidad del manejo de los programas contra el SIDA debía corresponder a la oficina del primer ministro y no al ministerio de salud, él no vacilaría en señalar a los directivos del ONUSIDA que, en opinión de la OPS, esa no era la forma adecuada de proceder.

El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE122.R10.

### ***Repercusiones sanitarias del fenómeno El Niño (documento CE122/10)***

El Dr. Roberto Chuit (Asesor Regional en Enfermedades Transmisibles, OPS) presentó el documento sobre este punto, que examinaba los efectos sobre la salud del fenómeno climático conocido como la oscilación meridional El Niño (ENSO). Empezó por explicar que la oscilación meridional podría tener cuatro efectos posibles sobre el clima: 1) condiciones casi normales; 2) un fenómeno El Niño débil con precipitación algo mayor que lo normal; 3) precipitación muy intensa e inundaciones, y 4) aguas más frías que lo normal frente a la costa, con probabilidades mayores que las normales de sequías. La aparición y duración de dichos efectos habían variado en diferentes partes de la Región, lo cual significaba que las modalidades de enfermedades quizá también variarían dentro de una zona afectada por El Niño. Las predicciones para 1997 habían indicado que el clima en el sur de los Estados Unidos y el norte de México sería más húmedo y más frío que lo habitual, con inundaciones en muchos lugares; en la Amazonia, se pronosticaron condiciones más secas que lo normal, aunque en la porción septentrional de América del Sur se preveía una precipitación mayor que la normal. En la Zona Andina, en el Perú y el Ecuador se preveían más calor y más humedad que lo habitual, lo cual hacía probables las

inundaciones. Basándose en esas predicciones y en los datos disponibles, la Organización había trabajado con los países para mitigar los efectos posibles de El Niño.

Diversos estudios efectuados no habían podido encontrar pruebas definitivas que vincularan El Niño con un aumento de la transmisión de varias enfermedades trazadoras, como malaria, dengue, cólera, leptospirosis e infecciones por hantavirus. No obstante, había suficientes pruebas de que el fenómeno había causado considerables daños ambientales, económicos y de infraestructura, lo que a su vez había afectado a la situación sanitaria y la mortalidad. La intensa precipitación y las inundaciones asociadas con El Niño se habían cobrado un pesado tributo en vidas y en destrucción o daños a hogares, caminos, sistemas de drenaje, servicios de saneamiento y de energía, así como a la infraestructura material de los servicios de salud. Por el contrario, los lugares en los cuales el fenómeno había conducido a la sequía habían sufrido pérdidas de cultivos y agotamiento grave de los abastecimientos de agua. En consecuencia, aunque no se había encontrado ninguna correlación directa entre el fenómeno de El Niño y una mayor transmisión de enfermedades infecciosas, los cambios meteorológicos y las repercusiones ambientales del fenómeno definitivamente habían tenido consecuencias sanitarias.

El Dr. Chuit finalizó señalando que, como los fenómenos naturales como El Niño eran imprevisibles y, por consiguiente, resultaba imposible hacer planes para saber exactamente qué hacer cuando se presentaban, era de importancia capital tomar medidas preventivas y trabajar con miras a mitigar los daños previsibles.

El Comité Ejecutivo aplaudió la calidad y la base científica sólida del documento. El consenso de los delegados fue que, aunque se habían encontrado pocos vínculos directos entre El Niño y las tasas y los tipos de transmisión de enfermedades, aquel formaba parte del fenómeno más amplio del cambio climático, que tenía implicaciones sanitarias innegables. El Comité estuvo de acuerdo con la necesidad de implantar medidas de advertencia temprana y de preparativos para casos de desastre con miras a mitigar los efectos del cambio climático. El empeño de la OPS para determinar las consecuencias posibles de El Niño y ayudar a los países a prepararse para afrontarlos se citó como ejemplo excelente de cooperación técnica eficaz. Varios delegados describieron los planes de contingencia que sus países habían elaborado —en la mayoría de los casos con apoyo de la OPS— para fortalecer la infraestructura, preparar a la población y prevenir enfermedades en las zonas de riesgo. Se solicitó aclaración sobre algunos aspectos de la cooperación técnica de la Organización descrita en el documento, en particular la provisión de suministros básicos para el almacenamiento y tratamiento del agua. Se sugirió que la cooperación de la OPS debía orientarse más a fortalecer la infraestructura que a proveer equipo y suministros.

A petición del Dr. Chuit, el Dr. Hugo Prado (Programa sobre Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre, OPS) esbozó algunas de las

medidas tomadas por la Organización y los países en el área de la prevención y la mitigación de desastres, y resumió las enseñanzas que se habían aprendido de la experiencia. Recalcó que la respuesta inmediata de los países al fenómeno de El Niño en 1997-1998 indudablemente habían dado resultado, ya que tanto la morbilidad como la mortalidad habían sido menores que en años anteriores en que se había presentado El Niño. No obstante, aunque la Organización y los funcionarios de salud en los países habían recibido advertencia oportuna de las consecuencias probables de El Niño, se había evidenciado que hacían falta sistemas de advertencia aún más precisos para permitir que los países preparasen planes de contingencia apropiados y tomaran medidas preventivas. Además, como los efectos de El Niño habían durado mucho más de lo esperado, el sector de la salud y otros sectores se habían visto obligados a responder de manera continua durante un período prolongado. Esa situación había puesto de relieve la necesidad de contar con sistemas de emergencia interdisciplinarios y multisectoriales, capaces de proporcionar una respuesta sostenida, así como la revisión continua de los preparativos para situaciones de emergencia y los planes de mitigación de desastres. La Organización seguiría ayudando a los países a preparar y mejorar sus planes de mitigación de desastres. La OPS también estaba compilando los informes técnicos de los países para preparar una publicación regional sobre la experiencia y los conocimientos adquiridos con respecto al fenómeno de El Niño correspondiente a 1997-1998.

También a petición del Dr. Chuit, el Dr. Robert Romano (División de Salud y Ambiente, OPS) respondió a las preguntas en cuanto a la cooperación técnica de la OPS en el área del saneamiento ambiental. Explicó que las inundaciones asociadas con El Niño a menudo afectaban a la infraestructura de tratamiento de las aguas de un país, lo cual suscitaba la posibilidad de aparición de enfermedades transmitidas por el agua. Las actividades de la Organización habían tenido como finalidad velar porque hubiese reservas de agua potable para casos de emergencia. Con ese fin, la OPS había proporcionado suministros para el tratamiento del agua, como los comprimidos de hipoclorito de sodio.

El Director agregó que, aunque el interés principal de la Organización era el fortalecimiento de la infraestructura y la preparación para casos de desastres y la mitigación de estos, en situaciones de emergencia organizaba a veces la provisión directa de los suministros necesarios.

El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE122.R11.

### *Hantavirus (documento CE122/14)*

El Dr. Gabriel Schmunis (Coordinador, Programa de Enfermedades Transmisibles, OPS) comenzó su ponencia señalando que aunque las enfermedades infecciosas como causa de enfermedad o muerte se estaban volviendo menos importantes en el perfil epidemiológico de la Región, la aparición de nuevas enfermedades de etiología incierta, como el SIDA, la enfermedad de Lyme y el síndrome pulmonar por hantavirus (SPH), estaba causando gran inquietud entre las autoridades sanitarias nacionales.

El Dr. Schmunis recordó que el SPH se había detectado primero en 1993 en el sudoeste de los Estados Unidos y se había asociado con tasas de letalidad altas. Se había supuesto entonces que la mayoría de las personas se infectaban por la inhalación de aerosoles formados a partir de los restos secos o nuevos de heces, orina o saliva de los roedores infectados, por contacto directo con las excretas o por la mordedura de roedores salvajes. No se contaba con un tratamiento específico para el síndrome. Brotes posteriores habían ocurrido en el Canadá en 1994, y en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay entre 1995 y 1998. Para marzo de 1998, más de 400 casos se habían confirmado en la Región. Basándose en estudios retrospectivos, también se había determinado que el hantavirus había estado circulando en la Región antes de que se detectaran casos clínicos. El Dr. Schmunis elogió a los funcionarios de salud pública en toda la Región por la astucia desplegada en la identificación y el análisis de este síndrome, cuya elevada tasa de letalidad (entre 35% y 60%) había causado temor generalizado en las comunidades afectadas.

En vista de la gravedad de la situación, el 40.º Consejo Directivo había aprobado una resolución (CD40.R14) en septiembre de 1997 por la cual exhortaba a los Estados Miembros a que fortalecieran los esfuerzos de cooperación y promovieran, por medio de actividades de información, educación y comunicación en la comunidad, la adopción de buenas prácticas de saneamiento ambiental. La resolución también solicitaba al Director de la OPS que creara un grupo de estudio para formular recomendaciones sobre vigilancia, diagnóstico, tratamiento y prevención de la infección por hantavirus. El grupo de estudio se había reunido en marzo de 1998.

La OPS había proporcionado ayuda técnica a diversos países en respuesta a los brotes y había patrocinado investigaciones para caracterizar el virus e identificar el reservorio. También había apoyado proyectos de cooperación técnica entre países en áreas como el diagnóstico, vigilancia, estudio de los roedores, producción de reactivos y capacitación para el diagnóstico. Además, la Organización había proporcionado apoyo a la producción y distribución de una guía sobre el manejo de las especies que son reservorios del hantavirus (*Métodos para trampeo y muestreo de pequeños mamíferos para estudios virológicos*, publicado conjuntamente por los Estados Unidos (CDC), Argentina y Chile) y había publicado una guía técnica sobre el hantavirus en las Américas, preparado con la



colaboración de expertos de los países afectados. Estos materiales se distribuyeron al Comité Ejecutivo.

Para seguir respondiendo a las necesidades de los países y cumplir su mandato en conformidad con la resolución CD40.R14, la Secretaría había programado diversas actividades, entre ellas el fortalecimiento continuo de los mecanismos de vigilancia cooperativa entre los países, con miras a perfeccionar una respuesta rápida a las epidemias de enfermedades reemergentes en general; la promoción de actividades de información, educación y comunicación centradas en la comunidad, el personal sanitario y los medios de comunicación, para promover la cooperación especialmente cuando hay brotes epidémicos, y el apoyo a la transferencia de tecnología y la capacitación para el diagnóstico y tratamiento del SPH. El Dr. Schmunis también mencionó que se proporcionaría apoyo para la producción regional de los antígenos necesarios para el diagnóstico de las infecciones por hantavirus y para investigaciones específicas en las esferas definidas por el grupo de estudio.

El Comité destacó el hincapié que se había hecho en la cooperación regional, dada la naturaleza continental del problema. Los delegados también elogiaron la respuesta de la OPS como un ejemplo excelente de cooperación técnica eficaz y apropiada. Al mismo tiempo, se recalcó que la vigilancia constante, la atención a la prevención y el saneamiento ambiental y la educación sanitaria y la información eran claves para evitar problemas de salud pública como la infección por el hantavirus.

El Dr. Schmunis recalcó que la OPS había recibido apoyo de muchas personas y organismos en los países. En particular, la Organización deseaba agradecer a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos y al Instituto de Virosis Hemorrágicas de la Argentina su ayuda valiosa para las actividades relacionadas con la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del SPH. Recalcó que el problema del hantavirus continuaría y que la vigilancia y cooperación continua entre los países serían esenciales para combatirlo.

El Comité Ejecutivo no consideró necesario aprobar una resolución sobre este punto del orden del día, pero tomó nota del informe (decisión CE122(D5)).

### ***Vacunas e inmunización (documento CE122/16)***

El Dr. Ciro de Quadros (Director, Programa Especial de Vacunas e Inmunización, OPS), reseñó las estadísticas más recientes de la cobertura de vacunación y puso al tanto al Comité sobre el estado de las iniciativas para erradicar o eliminar diversas enfermedades prevenibles por vacunación en la Región. En cuanto al sarampión, observó que, tras una cifra mínima récord de 2.109 casos confirmados en 1996, se había producido un

resurgimiento de la enfermedad en 1997, principalmente en el estado de São Paulo (Brasil). El Dr. de Quadros recalcó la importancia de las campañas de seguimiento para erradicar la enfermedad. Con respecto a la vigilancia de la parálisis flácida aguda (PFA), los indicadores de 1994 a 1997 indicaron que la mayoría de los países habían estado cumpliendo con los criterios de vigilancia. Los datos para 1998, sin embargo, mostraban algún deterioro en la vigilancia de la PFA y una falta de muestreo adecuado para las pruebas de laboratorio; ambos fenómenos indicaban que se estaban detectando e introduciendo en el sistema de vigilancia menos casos, lo cual tenía una repercusión negativa sobre otros criterios de vigilancia. El funcionario instó a los países a que prestaran atención especial a la vigilancia, ya que el poliovirus salvaje seguía existiendo en otras partes del mundo y podría importarse a la Región.

El Dr. de Quadros también informó que se habían logrado avances sustanciales en cuanto a incluir una variedad mayor de vacunas en los programas de vacunación. La vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) se había introducido en el Uruguay en 1994, en Chile en 1996, en la Argentina en 1997 y en Perú y Colombia en 1998; las tasas de casos de meningitis habían descendido en forma abrupta dondequiera que la vacuna se había usado. Para 1999, se esperaba que 90% de los niños en las Américas estarían protegidos contra esta bacteria. Las actividades mencionadas ejemplificaban la prioridad otorgada a los programas de vacunación por los gobiernos de toda la Región.

Un número cada vez mayor de países en la Región estaban usando la vacuna contra el sarampión, parotiditis y rubéola (MMR por la sigla en inglés). La OPS alentaba a todos los países a que incorporaran la vacuna que contenía el antígeno de la rubéola en sus programas de vacunación infantil, con miras a eliminar la rubéola y el síndrome congénito de rubéola (SCR) como problemas de salud pública en la Región. De igual manera, la vacuna contra la hepatitis B se había introducido en zonas de alto riesgo en varios países de América Latina y el Caribe. En cuanto a la fiebre amarilla, los casos se habían notificado principalmente en los países de la cuenca Amazónica, aunque otros países estaban también en peligro. La Organización estaba trabajando con dichos países para aumentar la conciencia de la importancia de incorporar la vacuna contra la fiebre amarilla en los programas ordinarios de vacunación en las zonas de alto riesgo.

En conclusión, el Dr. de Quadros señaló que se preveía que una gran cantidad de vacunas nuevas se obtendrían en un futuro relativamente cercano. Reconoció que las vacunas nuevas sin duda serían costosas, pero instó a los funcionarios de salud y políticos de los países a que, a la hora de tomar decisiones acerca de los recursos financieros destinados a esta área, consideraran los beneficios sustanciales y la eficacia en función de los costos de los programas de vacunación.

El Comité Ejecutivo expresó satisfacción por los resultados positivos de las actividades de vacunación en la Región y subrayó la necesidad del compromiso incesante con los programas de vacunación —en particular, ante las tendencias actuales hacia la descentralización y la reforma sanitaria—, a fin de mantener los buenos resultados logrados hasta la fecha. Varios delegados informaron sobre los programas de vacunación y otras intervenciones de atención primaria de salud encaminadas a controlar las enfermedades prevenibles por vacunación en sus países. Con respecto al financiamiento de los programas de vacunación, un delegado señaló que el Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización para la Compra de Vacunas de la OPS era “un secreto bien guardado” que debía conocerse mejor. La actuación conjunta entre la OPS y los organismos multilaterales como el Banco Mundial se mencionó como otra manera posible de resolver las deficiencias del financiamiento. La cooperación entre los países para fabricar vacunas de bajo costo también se sugirió como una manera de afrontar los costos crecientes asociados con las vacunas nuevas y recombinantes. Varios delegados destacaron la naturaleza transfronteriza de las enfermedades infecciosas y recalcaron la necesidad de cooperación regional, especialmente en materia de vigilancia, para detectar y controlar los casos importados.

El Dr. de Quadros estuvo de acuerdo en que la actuación rápida era esencial para interrumpir la transmisión de enfermedades como el sarampión cuando se detectaban casos importados, y reiteró la necesidad de campañas de seguimiento para inmunizar a todos los individuos susceptibles. En cuanto a los comentarios sobre la descentralización y la reforma del sector de la salud, informó que en seis países encuestados se había observado una repercusión negativa sobre la vigilancia epidemiológica, principalmente debido a la falta de controles apropiados al nivel central del gobierno. También señaló que se había sugerido que los indicadores de cobertura de vacunación y vigilancia se usaran para medir la repercusión de la descentralización y la reforma sanitaria. Estuvo de acuerdo en la gran importancia de financiar la producción de vacunas recombinantes y otras vacunas nuevas. Se necesitarían estudios de la viabilidad de la producción local para determinar en qué condiciones las empresas locales privadas y semiprivadas podrían participar en posibles sociedades con empresas del mundo desarrollado para abatir los costos de las vacunas. En lo tocante al fondo rotatorio de la OPS, destacó que cuando la idea de dicho fondo se había propuesto 20 años atrás, la OMS no la había apoyado inicialmente, pero que con el paso del tiempo se había hecho evidente cuán importante había resultado en los éxitos de la Región en el área de la vacunación. En lo que se refiere a los aspectos de financiamiento y participación de otras organizaciones, mencionó que un grupo de trabajo estaba en vías de definir los mecanismos de coordinación que se necesitarían para el trabajo adicional en esta área.

El Director señaló a la atención del Comité la posibilidad de la importación de casos de sarampión de Europa y exhortó a las autoridades sanitarias de todos los países de

la Región a ser especialmente vigilantes después de la Copa Mundial de Fútbol de 1998 en Francia. Subrayó el valor de la Región como un laboratorio donde se habían obtenido experiencias positivas en el control de las enfermedades infecciosas y señaló que los esfuerzos para erradicar la poliomielitis y el sarampión de las Américas tenían aplicaciones mundiales. En cuanto a la repercusión de la reforma del sector de la salud en la cobertura de vacunación, subrayó la función de liderazgo de los ministerios de salud en el sostén de los programas de vacunación. También señaló que el financiamiento no era la consideración más importante con respecto a dichos programas. Los aspectos cruciales eran cómo se organizaba el sistema y la responsabilidad del Estado para velar por que las actividades como la vacunación se llevaran a cabo en el nivel periférico.

En cuanto al tema del financiamiento para los presupuestos de vacunación, el Director informó que la OPS había estado trabajando con legisladores nacionales de América Latina para promover la creación de una partida presupuestaria específica para las vacunas, a objeto de que el financiamiento de los programas de vacunación ya no estuviera sujeto a cambios por caprichos políticos. En cuanto al fondo rotatorio, relató que, en una reunión sobre el financiamiento de vacunas convocada recientemente por el Banco Mundial, se había sugerido clasificar a los países en tres grupos y que los productores de vacunas debían vender las vacunas a tres precios diferentes, según la riqueza relativa del país adquiriente (los países muy pobres recibirían donaciones y los países ricos pagarían el precio total). La OPS se opuso firmemente a tal sistema porque dividiría a los países y se prestaría a la explotación por los productores de vacunas, que quizá se inclinarían por cobrar precios exorbitantes a los países con capacidad de pago. La experiencia de la Organización indicaba que el fondo rotatorio, por otro lado, había promovido la solidaridad regional y había ayudado a reducir los precios de las vacunas para todos, lo cual beneficiaba claramente a todos los países. Instó a los Estados Miembros a que siguieran apoyando el fondo rotatorio y oponiéndose a cualquier intento por instituir un sistema estratificado.

El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE122.R12.

***Programa de publicaciones de la OPS (documento CE122/17)***

La Dra. Judith Navarro (Jefa, Oficina de Publicaciones y Servicios Editoriales) señaló que el informe sobre el programa de publicaciones se presentaba a los Cuerpos Directivos principalmente para concientizar a los Estados Miembros sobre algunas actividades que la OPS estaba llevando a cabo en el ámbito de la gestión y la difusión de información, en particular por conducto de la Oficina de Publicaciones y Servicios Editoriales (DBI). No se había previsto que la consideración de este tema por el Comité suscitara ningún debate o resolución importante sobre políticas.

La Dra. Navarro señaló que la gestión de la información había sido uno de los principios fundamentales de la creación de la Organización y había seguido siendo una de sus funciones principales. Las orientaciones estratégicas y programáticas (OEP) para 1995-1998 requerían que toda la Organización utilizara al máximo la información como un instrumento poderoso para lograr cambios. Dentro del marco de las OEP, el Director había establecido cuatro áreas de la información en las cuales trabajaría la Oficina Sanitaria Panamericana, a saber: 1) información acerca del estado de salud y los servicios de salud en los países y en la Región; 2) desarrollo de sistemas nacionales de información sobre salud; 3) información institucional, y 4) información científica, técnica y relativa a las políticas. DBI se ocupa de esta última área.

DBI comprende cuatro componentes principales: Servicio Editorial; Comunicaciones Electrónicas; Mercadeo, Distribución y Ventas, y Servicio de Información y Documentación (biblioteca de la Sede). El Servicio Editorial tiene a su cargo la publicación de la revista mensual multilingüe, sometida a arbitraje editorial, *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health* (que reemplazó al *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* y al *Bulletin of the Pan American Health Organization* en 1997), así como de los libros y los documentos oficiales de la Organización. Las actividades principales de Comunicaciones Electrónicas son el mantenimiento del sitio que tiene la Organización en la Web y la difusión de las publicaciones de la OPS y otra información por la Internet y en CD-ROM. Por conducto de la unidad de Comercialización, Distribución y Ventas, se busca promover las publicaciones de la OPS entre públicos potenciales en todo el mundo, garantizar el acceso a ellas y obtener ganancias de la inversión que hace la Organización en publicaciones. Finalmente, DBI está a cargo de la biblioteca de la Sede, que ofrece una amplia gama de servicios tradicionales de biblioteca y está desarrollando un proyecto computadorizado de la memoria institucional que, con el tiempo, suministrará versiones de texto completo de toda la documentación de la OPS.

En conclusión, la Dra. Navarro dijo que la Oficina Sanitaria Panamericana, mediante DBI, buscaba apoyar la cooperación técnica de la Organización con los países al generar información sanitaria de calidad que fuese pertinente, fidedigna y oportuna; ampliar la difusión de esa información; reducir los costos de la gestión de la información; y obtener dividendos de la inversión en publicaciones, no solo en términos monetarios sino también en cuanto al mejoramiento de la salud en todos los países de las Américas.

Al igual que el Subcomité de Planificación y Programación, el Comité Ejecutivo elogió a DBI por su uso extenso y eficaz de la nueva tecnología de las comunicaciones. Se puso de relieve la función crucial de la información exacta para la toma de decisiones y la formulación de políticas, la formación de los trabajadores de salud y la formulación de proyectos horizontales de cooperación. Varios delegados señalaron que sus gobiernos se

apoyaban en la información generada por la OPS para esas finalidades. Se señaló que el acceso a la Internet y otras tecnologías era limitado en algunos países, y se subrayó la necesidad de crear mecanismos internos en los países para difundir la información, especialmente a zonas remotas y a trabajadores de salud a nivel local. El Comité identificó esto como una esfera importante para la cooperación técnica de la OPS. También reconoció el apoyo que brinda la Organización para ayudar a los países a tener acceso a publicaciones clave, como la *Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.<sup>a</sup> Revisión*.

El Comité Ejecutivo recomendó que DBI aumentara su producción y difusión de los materiales en francés, ya que una mayor disponibilidad de información en esa lengua beneficiaría a los francohablantes no solo del Canadá y de ciertos países del Caribe, sino también de todo el mundo. El Comité señaló que algunos de los costos de traducir los materiales al francés quizá se recuperase por medio de la expansión del mercado para las publicaciones de la Organización. También se sugirió actualizar con mayor frecuencia los perfiles de país que aparecen en la Web, para dar una imagen más exacta de la situación sanitaria, que tiende a cambiar rápidamente, así como la información actual sobre el estado de las iniciativas de reforma sanitaria salud. Sin embargo, algunos delegados opinaron que las actualizaciones más frecuentes impondrían una carga demasiado onerosa sobre los ministerios de salud de países con recursos y capacidad limitados en materia de gestión de la información.

La Dra. Navarro recalcó que DBI trabajaba en colaboración con los otros programas de la Organización, que también merecían crédito por la calidad de la información difundida. Agregó que la oficina a su cargo examinaría la posibilidad de producir sus principales publicaciones en francés. En cuanto a la difusión de los materiales dentro de los países, sugirió que las Representaciones de la OPS/OMS quizá pudieran desempeñar una función más importante al facilitar el acceso a la información. En cuanto a la posibilidad de actualizar los perfiles de país con mayor frecuencia, señaló que DBI pronto estaría integrando los datos del Programa de Análisis de la Situación de Salud (HDA) en la información de país que se encuentra en el sitio de la OPS en la Web.

El Director señaló que los datos básicos producidos por HDA se actualizaban regularmente y que todos los países tenían acceso a esos datos por conducto de las Representaciones de la OPS/OMS. También señaló que algunos países estaban produciendo sus propios datos básicos, que también se estaban incorporando en el sistema de la Organización. Se mostró muy complacido de saber que los países estaban usando la información producida por la OPS y puso de relieve algunas de las maneras en que la Organización estaba utilizando las nuevas tecnologías para facilitar el acceso a esa información. Una de las principales maneras era la creación de una biblioteca virtual que pondría al alcance de los Estados Miembros una amplia gama de publicaciones relacionadas con la salud, por medio de la Internet. Otra forma era el proyecto de la memoria institucional en la biblioteca de la Sede.

El Dr. Alleyne expresó también su agrado de que el Comité hubiera apoyado la política de mercadeo de la Organización para sus publicaciones. No compartía la opinión de que organismos como la OPS no debían vender sus productos. La información es un recurso valioso cuya producción es costosa, y si bien es cierto que la Organización nunca recuperaría todos sus costos, podría recuperar parte de ellos. En cuanto a aumentar la disponibilidad de información en francés, la Secretaría consideraría la viabilidad de traducir más materiales tanto al francés como al portugués. Sería necesario determinar en primer lugar qué publicaciones serían de mayor utilidad para los lectores de habla francesa o portuguesa. Alentó a los delegados a informar a la Secretaría si estaban al corriente de puntos de venta mediante los cuales pudieran ofrecerse las publicaciones de la OPS en esas dos lenguas.

El Comité no consideró necesario aprobar una resolución sobre este tema, pero tomó nota del informe (decisión CE122(D6)).

#### **Asuntos administrativos y financieros**

##### ***Informe sobre la recaudación de las cuotas (documentos CE122/18 y CE122/18, add. I)***

El Sr. Mark Matthews (Jefe, Departamento de Presupuesto y Finanzas, OPS) informó que del total de \$124 millones en contribuciones adeudadas al 1 de enero de 1997, se habían recibido \$72 millones en 1997, lo que resultaba en un saldo adeudado al 31 de diciembre de 1997 de \$52 millones. Las contribuciones pendientes reflejaban \$44 millones para las cuotas de 1997, \$6 millones para las cuotas de 1996 y \$2 millones para las cuotas de 1992-1995. Los pagos sobre esas sumas atrasadas recibidos desde el 1 de enero hasta el 12 de junio de 1998 ascendían a \$34 millones, o 65% del total. La cantidad correspondiente a pagos atrasados hasta junio de 1997 había sido de \$23 millones. El Sr. Matthews informó complacido que, desde el 12 de junio de 1998, se habían recibido otros pagos de \$1,3 millones de México, \$60.000 de Cuba y \$15.682 de Antigua y Barbuda.

Seis Estados Miembros habían pagado la totalidad de sus contribuciones señaladas para 1998; ocho Estados Miembros habían efectuado pagos parciales correspondientes a 1998, y 25 Estados Miembros no habían efectuado ningún pago de las cuotas señaladas para el año en curso. El total de las cuotas atrasadas y las cuotas del año en curso recaudadas en 1998 ascendía a \$54 millones, lo que representaba un aumento de \$10 millones con relación a 1997.

Hasta junio de 1998, siete países estaban potencialmente sujetos a la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución, a saber: Bolivia, Cuba, Ecuador, Granada, Nicaragua, Perú y República Dominicana.

El Director se mostró complacido al constatar que los países estaban asumiendo con mucha seriedad sus responsabilidades financieras frente a la Organización y que seis Estados Miembros ya habían efectuado el pago total de sus cuotas para 1998. Reconoció el compromiso de los Estados Miembros atrasados en el cumplimiento de los plazos de sus planes de pago y elogió en particular a Cuba, por sus esfuerzos, a pesar de las graves limitaciones económicas con que ese país se enfrentaba. Recalcó que la Organización seguiría trabajando con los países con miras a lograr que todos pudieran votar en la Conferencia Sanitaria Panamericana, la reunión más importante en la vida de la Organización.

El Comité aprobó la resolución CE122.R1.

***Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo para 1996-1997***  
**(Documento Oficial 286)**

El Sr. Matthews esbozó el contenido del *Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo para 1996-1997*, observando que el documento reflejaba una gestión financiera cuidadosa y el progreso en el fortalecimiento de la situación financiera de la Organización en 1997. Los ingresos para 1997 habían excedido los gastos en \$8,5 millones en el presupuesto ordinario, lo que había aumentado el saldo del fondo de trabajo a \$8,6 millones. El dinero en efectivo en bancos y las inversiones habían aumentado en 55% entre el 31 de diciembre de 1995 y el 31 de diciembre de 1997, llegando a \$139,6 millones. Los gastos totales durante 1996-1997 habían disminuido en \$24,2 millones con respecto al bienio 1994-1995. Sin embargo, el porcentaje de cuotas actuales recaudadas durante 1996-1997 había sido de 69%, cifra inferior a la de los tres bienios anteriores (73%, 80% y 71%, respectivamente). Con respecto a los fondos extrapresupuestarios, se habían recibido \$103,2 millones por concepto de proyectos de fondos fiduciarios durante el bienio 1996-1997, cantidad que era equivalente a 50% del presupuesto ordinario de la OPS.

El informe también contenía los estados financieros de 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). En 1996-1997, los ingresos del presupuesto ordinario del CAREC habían excedido los gastos en \$658.000, y para fines de 1997, el déficit acumulado del Centro, que sumaba \$344.000, había pasado a ser un excedente de \$314.000. Los ingresos del CFNI también habían excedido los gastos, por \$74.000, y su déficit acumulado se había reducido, pasando de



\$216.000 en el bienio anterior a \$142.000 al 31 de diciembre de 1997. Los ingresos del INCAP en el bienio actual habían descendido de \$1,6 millones a \$1,1 millones para su presupuesto ordinario, en comparación con el bienio anterior, lo cual había creado un déficit de \$175.000 en las operaciones del presupuesto ordinario, que fue cubierto por el fondo de trabajo. En términos generales, la situación financiera del INCAP parecía equilibrada, con un saldo del fondo de trabajo al 31 de diciembre de 1997 de \$1.000.000.

El Sr. Richard Maggs, representando el Auditor Externo, Sir John Bourn, presentó los resultados del informe comentado. Basado en su examen, que se había efectuado de conformidad con las normas comunes de comprobación de cuentas del Grupo de Auditores Externos de las Naciones Unidas, el Auditor Externo había emitido una opinión sin reservas en cuanto a la exactitud, el carácter integral y la validez de los estados financieros de la Organización durante el ejercicio financiero concluido el 31 de diciembre de 1997. El Sr. Maggs de relieve la situación financiera fortalecida de la Organización en conjunto, incluidos los centros panamericanos, lo que atribuyó principalmente al éxito de la OPS en recaudar ingresos adicionales y sus esfuerzos para contener y, en algunos casos, reducir los gastos en esferas clave como las comunicaciones, los suministros de oficina y los viajes. También elogió a la Organización por el apoyo excelente prestado a todos los niveles durante la preparación de su informe y por haber atendido eficazmente los asuntos planteados en su informe anterior, en particular las recomendaciones en cuanto al cumplimiento de las normas comunes de contabilidad de las Naciones Unidas, la resolución de ciertos problemas del sistema de gestión financiera de la Organización (FAMIS), y la mejora del control de los recursos en las oficinas locales.

En el debate de este tema en el seno del Comité, se solicitó la aclaración de varios detalles. Se hicieron preguntas en lo referente al origen del excedente de \$8,5 millones y sobre una afirmación en el informe en la que se indicaba que el excedente se usaría para cubrir parte del déficit de \$12,3 millones que había existido a fines del bienio anterior. Se señaló que había una contradicción evidente entre los artículos 6.4 y 103.4 del Reglamento Financiero, que trataban sobre el reaprovisionamiento del Fondo de Trabajo y la aplicación de los excedentes del presupuesto para esa finalidad. También se señaló que, si bien la situación financiera de la OPS había mejorado por comparación con años anteriores, todavía había una insuficiencia de 30% en la recaudación de las cuotas anuales de los Estados Miembros, lo que sugería que las cuotas seguían excediendo la capacidad de muchos países para cumplir sus obligaciones. Se sugirió que los ingresos varios, que habían sido sustancialmente mayores que lo previsto, podrían utilizarse para reducir las cuotas.

En cuanto al aumento sustancial de los fondos extrapresupuestarios durante el bienio 1996-1997, se sugirió que permitir que los recursos extrapresupuestarios tuvieran una función demasiado importante en los programas financieros de la OPS podría

distorsionar el presupuesto ordinario de la OPS, lo que suscitaría la posibilidad de la competencia entre los programas de la OPS para obtener financiamiento externo y un alejamiento de lo pautado en las prioridades estratégicas y programáticas de la Organización. Se solicitó la aclaración de algunas de las contribuciones a la cuenta de fondos extrapresupuestarios. También se observó que el dinero en efectivo de la Organización había aumentado en 50% durante el último bienio y se puso en duda la conveniencia de tener esa cantidad tan grande en efectivo.

Durante el debate se plantearon otras inquietudes, en especial la persistencia de los problemas con el software de FAMIS y el problema de los cambios exigidos en los sistemas automatizados con motivo del año 2000. También se cuestionó el uso de fondos del presupuesto ordinario para apoyar a los centros panamericanos. Un delegado señaló que en la reunión de la Comunidad del Caribe (CARICOM) en abril de 1998, se había tomado la decisión de emprender un examen independiente de todos los centros de la Región y que, como resultado, algunas tendencias observadas por el Auditor Externo quizá se revertirían, en particular en el CFNI.

Respondiendo a las preguntas en cuanto a los \$8,5 millones de excedente para 1997 y los \$12,3 millones de déficit para el bienio anterior, el Sr. Matthews explicó que el excedente se atribuía en gran parte a que se había recibido un pago de Venezuela, mientras que el déficit estaba vinculado principalmente al convenio de rescisión de contratos del personal del Centro Panamericano de Zoonosis (CEPANZO) que había sido muy costoso. Recalcó que la Secretaría había sido muy congruente al interpretar el Reglamento Financiero mencionado en el debate; y cualquier excedente se utilizaba para reponer el Fondo de Trabajo, y una vez que se hubiera repuesto plenamente, cualquier cantidad restante se colocaría en una cuenta especial, de conformidad con el Artículo 103.7 del Reglamento Financiero. Con respecto al origen de las contribuciones a los fondos extrapresupuestarios, señaló que el informe contenía una descripción detallada de dichas contribuciones. En cuanto al tema de dinero en efectivo dijo que, en realidad, todos aquellos fondos estaban invertidos y aseguró al Comité que el dinero de la OPS se había invertido de manera segura e inteligente. En cuanto a las deficiencias del sistema FAMIS, en general, el sistema ahora estaba funcionando bien, aunque todavía había que seguir trabajando para mejorarlo. En cuanto al problema del año 2000, recalcó que todos los sistemas de computación dentro de la Organización serían adaptados a tiempo. Finalmente, el Sr. Matthews señaló que los centros eran parte integrante de los programas de la OPS y que nunca iban a ser económicamente independientes.

El Director empezó por expresar su satisfacción con el informe sin reservas presentado por el Auditor Externo, que confirmaba la situación financiera sólida de la Organización. Elogió a los Estados Miembros por la función importante que habían desempeñado en el logro de esos resultados por haber pagado sus cuotas a tiempo y por

dar su opinión acerca de la forma en que debían usarse los fondos. Esperaba que los delegados compartieran su satisfacción con ese informe favorable. También señaló que la meta de la transparencia fiscal había sido alcanzada plenamente por la Organización. Con respecto a la cuestión del Fondo de Trabajo, el Director señaló que la gestión prudente de los recursos de la Organización había permitido financiar los programas en el curso del bienio 1996-1997 y concluir el período con el excedente necesario para restaurar el Fondo de Trabajo. Explicó que ese fondo se usaba como una reserva para cubrir las insuficiencias en circunstancias imprevistas, y no se trataba de un mecanismo para adelantos internos, como en la OMS.

En cuanto al uso de los fondos extrapresupuestarios, el Director dijo que estaba totalmente de acuerdo en que debían tenerse presentes las prioridades estratégicas y programáticas cuando se usaban esos fondos y señaló que el sistema de la OPS destinado a velar por que los fondos extrapresupuestarios se usaran para apoyar las prioridades de la Organización se consideraba un modelo digno de ser emulado por el resto de la OMS. Recalcó que la OPS nunca aceptaba financiamiento extrapresupuestario para proyectos que no fuesen compatibles con las prioridades determinadas por los Estados Miembros. Sobre la cuestión de los centros panamericanos y su relación con la OPS, el Director recalcó que los centros eran los mecanismos especializados que se habían creado para servir como extensión del programa de cooperación técnica usual en esferas especiales y que nunca se había previsto que debían ser autosuficientes ni estar separados de la Organización en términos programáticos ni financieros. También señaló que había mejorado la situación financiera de los centros y que los recursos se habían administrado cuidadosamente, lo que permitía a aquellos continuar con la labor tan especial que estaban llevando a cabo.

El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE122.R2.

***Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles, y mantenimiento y reparación de los edificios propiedad de la OPS (documento CE122/19)***

El Sr. Eric Boswell (Jefe de Administración, OPS) informó al Comité sobre el estado de un proyecto en tres etapas para mantenimiento y reparación previstos en el edificio de la OPS en Brasilia, cuya etapa inicial se había aprobado en 1995 en la 116.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo. La Secretaría ahora proponía que el Comité aprobara la tercera y última etapa, cuyo costo total se calculaba en \$350.000. Además, se había tornado imperativo reemplazar el calafateo de los ventanales de vidrio de la pared exterior del edificio de la Sede de la OPS en Washington, D.C., para remediar un problema persistente de filtración del agua. Por la misma razón, el techo de la sala de máquinas también necesitaba reemplazarse para prevenir el daño que ocasionaría el agua a los nuevos equipos de calefacción y aire acondicionado que se instalarían en 1998. El costo

total de la reparación de los ventanales y del techo de la sala de máquinas se calculaba en \$200.000 y se solicitaría el reembolso de 25% de esa cantidad al Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles de la OMS. En consecuencia, se pidió al Comité que aprobara el financiamiento total por la cantidad de \$550.000 del Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles.

Finalmente, el Sr. Boswell informó al Comité que el Director había decidido asignar \$1,4 millones en ingresos extrapresupuestarios para cubrir el costo de reemplazar calderas y compresores nuevos en el edificio de la Sede.

Durante el debate en el Comité, se señaló que los gastos en bienes inmuebles reducían la cantidad disponible para los programas de salud y que, por consiguiente, había que ser muy cuidadosos al contemplar la ejecución de proyectos importantes y costosos. También se hicieron preguntas sobre el funcionamiento del Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles y el mecanismo mediante el cual el dinero entra y sale del Fondo. Además, se pidió al Sr. Boswell que aclarara el origen de los fondos para el reemplazo de los sistemas de calefacción y aire acondicionado en el edificio de la Sede, ya que en el documento se estipulaba que esos fondos provendrían de ingresos varios pero que, según el Sr. Boswell había indicado, provendrían de fondos extrapresupuestarios.

El Sr. Boswell recalcó que la Secretaría reconocía la necesidad de ser cautelosos en materia de gastos en proyectos grandes relacionados con los edificios. Sin embargo, todas las reparaciones descritas en el documento eran muy necesarias, y la Secretaría por consiguiente consideraba que los gastos se justificaban. Es más, los recursos provendrían no del presupuesto ordinario por programas de la OPS, sino del Fondo para Bienes Inmuebles, establecido por el Consejo Directivo especialmente para cubrir los costos de mantener y reparar los edificios propiedad de la OPS. Los fondos destinados al Fondo para Bienes Inmuebles se derivaban principalmente de los ingresos procedentes del alquiler de espacio de oficinas y salas de conferencias en los edificios de la OPS. El Fondo se repone a medida que se reciben los ingresos.

Con respecto a la procedencia de los fondos para el reemplazo de los equipos de calefacción y aire acondicionado en el edificio de la Sede, explicó que era más apropiado calificar aquellos fondos como recursos extrapresupuestarios y no como fondos varios. Esos recursos provenían de honorarios de administración y otras fuentes. El Director podía disponer a su discreción de esos fondos y había decidido utilizarlos para el tan necesario, y pospuesto por mucho tiempo, reemplazo de los equipos de calefacción y aire acondicionado, ya que la cantidad disponible en el Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles no bastaba para costear un proyecto de tal magnitud.

El Comité aprobó la Resolución CE122.R14.

***Edificios de las oficinas de campo de la OPS (documento CE122/20)***

El Sr. Boswell analizó el estado de tres proyectos aprobados con anterioridad para la construcción de las oficinas de la OPS en Barbados, Honduras y México. La Oficina de la Coordinación de Programas en el Caribe, en Barbados, se había terminado y se había inaugurado en abril de 1997. No se había llegado a ningún acuerdo en lo referente a los sitios para la construcción de las oficinas en Honduras y México, como resultado de lo cual aquellos proyectos se encontraban inactivos. La Secretaría informaría al Comité Ejecutivo sobre cualquier nuevo acontecimiento.

El Comité Ejecutivo tomó nota del informe de avance sobre los edificios de las oficinas de campo de la OPS (decisión CE122(D8)).

**Asuntos de personal**

***Modificaciones del Reglamento del Personal de la OSP (documento CE122/21)***

La Dra. Diana LaVertu (Jefa del Departamento de Personal, OPS) esbozó los cambios propuestos en el Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, que se referían a la revisión de la escala de sueldos básicos/mínimos aplicable a los puestos de las categorías profesional y superior, los sueldos de los puestos sin clasificar (Director, Director Adjunto y Subdirector de la OSP) y los sueldos del personal de la categoría de servicios generales. Señaló que, además de los cambios ya mencionados, se propusieron varias enmiendas al Reglamento del Personal, a objeto de aclarar las disposiciones relativas al nombramiento de cónyuges y parientes cercanos de los funcionarios y a la categoría de funcionarios profesionales de contratación nacional. El texto de los cambios y las enmiendas propuestas se incluyeron en el documento examinado por el Comité.

En el debate que siguió, se pidió a la Dra. LaVertu que aclarara la modificación relativa al empleo de parientes cercanos de los funcionarios. Explicó que una enmienda al Artículo 410.3 del Reglamento del Personal, aprobada en 1995 por el Comité Ejecutivo, preveía que se permitiría a los cónyuges presentar su candidatura a algún cargo en la Organización siempre que no se les acordara ninguna preferencia en razón de sus vínculos con un funcionario. Sin embargo, esa enmienda se había interpretado como que se habían eliminado las restricciones que seguían existiendo en cuanto al nombramiento de otros familiares cercanos. La enmienda propuesta en el anexo al documento CE122/21 eliminaría esa ambigüedad.

El Comité aprobó la resolución CE122.R8.

***Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS  
(documento CE122/22)***

La Sra. Luz María Esparza (Presidenta, Asociación de Personal de la OPS/OMS) informó con beneplácito que el Director había decidido crear un puesto de mediador (ombudsman) dentro de la OPS. La Asociación de Personal, que había estado pidiendo la creación de tal puesto durante 14 años, recibió con agrado esa decisión y expresó su convencimiento de que el mediador tendría repercusiones positivas sobre la vida de la Organización. No obstante, la Asociación de Personal seguía preocupada por varios asuntos, que había señalado a la atención del Comité en ocasiones anteriores y que se describían con mayor detalle en el documento preparado por la Asociación. Esos temas incluían la existencia de diferentes mecanismos de contratación, que según la Asociación de Personal colocaban a algunos miembros del personal en una situación de desventaja e infringían el principio de igual sueldo por igual trabajo; los cambios efectuados por la Comisión de Administración Pública Internacional en la metodología usada para determinar los sueldos del personal de la categoría de servicios generales; el deterioro de los sueldos del personal de la categoría profesional y la no aplicación del Principio Noblemaire, que estipulaba que los sueldos del personal profesional debían basarse en los de la administración pública nacional mejor pagada, y los posibles problemas creados por el nuevo sistema de evaluación del desempeño del personal de la Organización.

Instó al Comité Ejecutivo a expresar su apoyo a las soluciones que redundaran en beneficio del personal, ya que este trabaja para los Estados Miembros y constituye el principal recurso de la Organización.

El Comité Ejecutivo reconoció la contribución inestimable de los funcionarios al trabajo de la OPS. Sin embargo, reiteró la opinión que había expresado en la 120.<sup>a</sup> sesión el año anterior, es decir, que no era apropiado que el Comité participara directamente o intentara influir en las decisiones relativas a problemas internos de gestión del personal, aunque el Comité debería estar al tanto de esos temas. Se sugirió que en el futuro los documentos de la Asociación de Personal que fueran a presentarse al Comité estuviesen acompañados por un documento que expresara la opinión del Director sobre las inquietudes suscitadas por la Asociación de Personal para que el Comité pudiera comprender mejor los problemas.

La Sra. Esparza recalcó que la Asociación de Personal mantenía una relación excelente con el Director. Aunque en ocasiones surgían diferencias sobre la forma en que debían resolverse los problemas, siempre había una comunicación franca entre ellos y la disposición para el diálogo.

El Director estuvo de acuerdo con la Sra. Esparza, y recalcó que no querría que alguien percibiera la presentación de la Asociación de Personal como prueba de una mala relación entre la administración y el personal. Aunque no siempre estaba de acuerdo con la posición de la Asociación de Personal, siempre defendería el derecho de la Asociación a exponer sus opiniones al Comité Ejecutivo. En cuanto al puesto de mediador, en la sesión del Comité en junio de 1997 señaló que había remitido el asunto al Comité Asesor Conjunto (JAG) y tomaría una decisión basada en la recomendación de ese órgano. En conformidad con esas recomendaciones, había decidido crear el puesto de mediador (ombudsman) y trabajaría con la Asociación de Personal para determinar cómo llevar a la práctica esa decisión.

En cuanto al asunto de los diferentes sistemas de contratación, defendió la práctica de contratar a funcionarios nacionales. Continuó diciendo que, debido a las limitaciones presupuestarias, sencillamente no era posible que la Organización atendiera todas las solicitudes de cooperación técnica de los países empleando exclusivamente a funcionarios internacionales. Los contratos locales no solamente son perfectamente legales y acordes con las leyes laborales de cada país, sino que, en su opinión, son moralmente justificables. Es más, la Organización siempre ha tratado de ser un buen empleador y paga a los funcionarios contratados localmente los sueldos más altos y los mayores beneficios posibles en el mercado nacional. Con respecto a las inquietudes de la Asociación de Personal por el sistema de evaluación de personal, señaló que el sistema antiguo era sumamente subjetivo y que el nuevo estaba destinado a proporcionar una evaluación más objetiva del desempeño del personal, vinculándolo al sistema general de programación y planificación de la Organización. Del mismo modo que con cualquier sistema nuevo, había algunos problemas que era necesario resolver. No obstante, a su modo de ver, el sistema que se estaba desarrollando en la OPS era conceptualmente mejor que otros métodos de evaluación de personal que él había visto en el sistema de las Naciones Unidas.

El Comité Ejecutivo tomó nota del informe de la Asociación de Personal (decisión CE122(D7)).

## **Asuntos de información general**

### ***Resoluciones y otras acciones de la 51.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS (documento CE122/23)***

El Dr. David Brandling-Bennett (Director Adjunto, OPS) esbozó las resoluciones de la 51.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud que la Secretaría consideraba de interés especial para la Región de las Américas. La Asamblea de la Salud había aprobado 31 resoluciones, de las cuales se resumían 19 en el documento. Bajo el título "Asuntos administrativos y financieros", el Comité Ejecutivo ya había tratado la resolución WHA51.31, que se refería a la revisión de la Constitución de la OMS y a las asignaciones del presupuesto regional. Varias de las resoluciones de la Asamblea de la Salud guardaban relación con asuntos de programas y políticas tratados en años recientes por los Cuerpos Directivos de la OPS, como por ejemplo: promoción de la salud, tuberculosis, eliminación de la transmisión de la enfermedad de Chagas, enfermedades emergentes y otras enfermedades transmisibles, prevención y control de enfermedades no transmisibles, el Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo, cooperación técnica entre países, reforma del sector la salud, salud de los niños y adolescentes y asuntos ambientales, en particular la protección de la salud humana de las amenazas relacionadas con los cambios climáticos y el agotamiento del ozono estratosférico. Además, la Región de las Américas había contribuido significativamente al desarrollo de la nueva política sobre salud para todos para el siglo XXI y la OPS estaba comprometida firmemente con los principios y las políticas expresadas en la resolución WHA51.7.

Con respecto a las resoluciones sobre los asuntos no considerados recientemente por los Cuerpos Directivos de la OPS, el Dr. Brandling-Bennett señaló que la Organización estaba trabajando para abordar las consecuencias para la salud pública de las minas antipersonal (tema de la resolución WHA51.8) en Centroamérica. Con relación a la resolución WHA51.9, la OPS alentó a los Estados Miembros y a otras partes interesadas a que proporcionaran a los consumidores los medios para juzgar la validez y la veracidad de la información y la publicidad relacionadas con la salud en la Internet. Si bien el tracoma no era un grave problema de salud pública en las Américas, de acuerdo con la resolución WHA51.11, la OPS colaboraría con los países afectados para mejorar la vigilancia y eliminar los focos de transmisión. En cuanto a la eliminación de la lepra como problema de salud pública (resolución WHA51.15), señaló que se preveía que en todos los países de la Región, con excepción posible del Brasil, se alcanzara la meta de la eliminación para 1999.

Además de las resoluciones de la Asamblea de la Salud analizadas en el documento CE122/23, la Secretaría deseaba señalar a la atención del Comité dos asuntos tratados por la 102.<sup>a</sup> sesión del Consejo Ejecutivo de la OMS que eran de pertinencia directa para los Cuerpos Directivos de la OPS. El primero era la resolución EB102.R1 del Consejo



Ejecutivo, que solicitaba al Director Regional para las Américas que tratara con los Cuerpos Directivos la posibilidad de cambiar las normas para el nombramiento del Director de la OSP. Segundo, debido a que la Asamblea de la Salud no había podido llegar a un acuerdo sobre el proyecto de resolución en cuanto a la estrategia revisada de medicamentos de la OMS, remitió el asunto de nuevo al Consejo Ejecutivo para su estudio. El Consejo también había decidido establecer un grupo de trabajo ad hoc para considerar la Estrategia. Se formaría un subgrupo compuesto por dos miembros de cada Región, de los cuales al menos uno debía ser miembro del Consejo Ejecutivo. Por consiguiente, se pidió a cada Comité Regional que nombrara a sus representantes en el subgrupo. Esa tarea correspondería a la Conferencia Sanitaria Panamericana, en septiembre.

El Director explicó que en otras regiones de la OMS, los Directores Regionales eran elegidos por mandatos de cinco años, como el Director General de la OMS, y podían reelegirse solo una vez. Actualmente, en la Región de las Américas, la Conferencia Sanitaria Panamericana elige al Director de la OSP cada cuatro años, sin restricciones en cuanto a la reelección. En consecuencia, la aceptación del cambio propuesto en la resolución EB102.R1 implicaría hacer una enmienda en la Constitución de la OPS para modificar la frecuencia con que se reúne la Conferencia Sanitaria Panamericana.

El consenso del Comité fue que el cambio era aconsejable para hacer las prácticas de la Región de las Américas compatibles con las de otras regiones y la sede de la OMS. Al mismo tiempo, sin embargo, se creía que no había tiempo suficiente para informar adecuadamente a todos los Estados Miembros acerca de la naturaleza y las ramificaciones del cambio antes de la Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre de 1998. Es más, se señaló que, si se cambiara la fecha de la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana, ya no coincidiría con la conmemoración del 100.º aniversario de la Organización en 2002. Por consiguiente, el Comité propuso que el asunto fuera analizado y decidido por los Cuerpos Directivos después de la 25.ª Conferencia Sanitaria Panamericana y que no se hiciera ningún cambio en la fecha programada para la 26.ª Conferencia Sanitaria Panamericana.

El Director dijo que le pediría a la Oficina de Asuntos Jurídicos de la OPS que preparara un documento breve sobre el tema para someterlo a la consideración del Comité Ejecutivo.

Con relación al grupo de trabajo sobre la Estrategia Revisada de Medicamentos, el Director dijo que, para comprender mejor los puntos contenciosos en torno a la estrategia propuesta y explicarlos a la Conferencia Sanitaria Panamericana, había decidido convocar un grupo pequeño de cuatro o cinco países para analizar el tema. La Secretaría prepararía un documento con las conclusiones de ese grupo y trataría de enviarlo a los delegados con

suficiente antelación a la Conferencia, a la que se pediría designar los representantes regionales en el Grupo de Trabajo del Consejo Ejecutivo.

El Comité Ejecutivo tomó nota del informe de la Secretaría y acordó que la consideración de las modificaciones propuestas a la Constitución de la OPS y los cambios en el procedimiento para la elección del Director debían aplazarse hasta después de la 25.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana (decisión CE122(D9)).

### **Asuntos relativos al reglamento**

#### ***Representación del Comité Ejecutivo en la 25.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, 50.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas***

Se decidió que el Comité Ejecutivo estaría representado en la 25.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana por su Presidente y su Vicepresidente (Chile y las Bahamas.) Sus suplentes serían México y Antigua y Barbuda, respectivamente (decisión CE120(D2)).

#### ***Programa provisional de temas de la 25.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, 50.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE122/4)***

El Dr. Brandling-Bennett presentó el programa preparado por el Director en conformidad con el Artículo 7.F de la Constitución de la OPS y el Artículo 6 del Reglamento Interno de la Conferencia. Con relación al tema 2.6, “Modificaciones al Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana”, recordó que tanto el Comité Ejecutivo como el Consejo Directivo habían modificado su reglamento interno durante 1997 y ahora se proponía que la Conferencia modificara el suyo para lograr una mayor uniformidad entre los reglamentos de todos los Cuerpos Directivos. Con respecto a los asuntos relativos a la política de los programas, eran los mismos que había examinado el Comité Ejecutivo, con la excepción del tema de los hantavirus, que la Secretaría consideró que no era necesario seguir presentando a la consideración de los Cuerpos Directivos. Sin embargo, se habían elaborado documentos técnicos y guías sobre el tema para la consulta.

Se sugirió que el programa de temas de la Conferencia también debería incluir una actualización sobre las actividades de la OPS en relación con la reforma del sector de la salud y el avance de la Organización hacia el cumplimiento del mandato que había recibido de la Cumbre de las Américas, de vigilar la puesta en práctica de los planes y programas de la reforma sanitaria en la Región. Se propuso que el tema de la reforma sectorial quizá debía considerarse junto con la propuesta de orientaciones estratégicas y programáticas para 1999-2002. Con respecto al tema 3.3, “Informes de los Estados Miembros de la Organización sobre las condiciones de salud pública y los adelantos logrados en el

intervalo transcurrido entre las 24.<sup>a</sup> y 25.<sup>a</sup> Conferencias Sanitarias Panamericanas”, el Comité Ejecutivo propuso que se pidiera a los delegados a la Conferencia que limitaran sus intervenciones para dar tiempo suficiente a la debida consideración de todos los temas que figuraban en el programa.

El Director señaló que el documento presentado en relación con el tema 3.3, la publicación de *Salud en las Américas, 1998*, contendría un informe completo sobre la situación sanitaria en cada país de la Región. Siempre que no hubiera ningún impedimento legal en el reglamento interno o en resoluciones previas adoptadas por los Cuerpos Directivos, la Secretaría pensaba proponer que los delegados que desearan agregar o actualizar información para dicha publicación, podían presentarla por escrito (no más de 600 palabras). Toda información presentada por escrito se incluiría en las actas de la Conferencia. Con respecto a la sugerencia de que la reforma del sector sanitario se abordara junto con las OEP, dijo que consideraba que el tema era demasiado importante para unirlo a otro tema. Propuso, en cambio, que fuera incluido como otro punto en el orden del día de las sesiones de los Cuerpos Directivos para 1999. También señaló que abordaría el tema de la reforma del sector de la salud en su informe cuadrienal a la Conferencia Sanitaria Panamericana.

El Comité aprobó la resolución CE122.R13.

### **Clausura de la sesión**

El Director agradeció a todos los delegados que hubiesen examinado los documentos antes de la sesión y sus valiosos aportes durante el debate de los diversos temas. También expresó su reconocimiento por el trabajo del Subcomité de Planificación y Programación, que había acelerado enormemente las deliberaciones del Comité. Finalmente, agradeció al Presidente que hubiese dirigido hábilmente el debate y permitido que todos participaran.

El Presidente también agradeció a los delegados sus intervenciones, que habían sido sucintas y pertinentes. A su modo de ver, el hecho de que la sesión hubiese concluido un día antes de lo programado reflejaba que se había hecho hincapié en la “calidad y no en la cantidad”. En nombre de todo el Comité, expresó su agradecimiento al Director y al personal de la Secretaría por su eficiencia y atención a los detalles, lo que habían asegurado que la sesión transcurriera sin tropiezos. Luego declaró clausurada la 122.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo.

## **Resoluciones y decisiones**

Las siguientes son las resoluciones aprobadas y las decisiones adoptadas por el Comité Ejecutivo en su 122.<sup>a</sup> sesión:

### ***Resoluciones***

#### ***CE122.R1 Recaudación de las cuotas***

#### ***LA 122.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo considerado el informe del Director sobre la recaudación de las cuotas (documento CE122/18 y Add. I), así como el informe relativo a los Estados Miembros atrasados en el pago de las cuotas al punto de que puedan estar sujetos a la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud;

Tomando nota de las disposiciones del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS relativas a la suspensión de los privilegios de voto de los Estados Miembros que no cumplan sus obligaciones financieras, y de la posible aplicación de dichas disposiciones a siete Estados Miembros, y

Observando con preocupación que hay 25 Estados Miembros que no han efectuado ningún pago de sus contribuciones asignadas para 1998 y que las cantidades recaudadas correspondientes a las contribuciones de 1998 representan solo 25% del total asignado,

#### ***RESUELVE:***

1. Tomar nota del informe del Director relativo a la recaudación de las cuotas (documento CE122/18 y Add. I).
2. Agradecer a los Estados Miembros que ya han efectuado pagos correspondientes a 1998 e instar a los demás Estados Miembros a que paguen sus cuotas pendientes lo más pronto posible.
3. Recomendar a la 25.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana que las restricciones al derecho de voto contenidas 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 sustanciales para cumplir con sus compromisos relativos a las cuotas o los que se estipulan en sus planes diferidos de pago.

4. Solicitar al Director que continúe informando a los Estados Miembros acerca de sus saldos pendientes y que informe a la 25.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana sobre el estado de la recaudación de las cuotas.

*(Aprobada en la cuarta reunión, el 23 de junio de 1998)*

***CE122.R2 Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo para 1996–1997***

***LA 122.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo para 1996–1997 (*Documento Oficial 286*),

***RESUELVE:***

1. Transmitir, para su consideración, el Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo para 1996–1997 (*Documento Oficial 286*) a la 25.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana.
2. Señalar que los estados financieros para 1996–1997 se han preparado de conformidad con las Normas de Contabilidad del Sistema de las Naciones Unidas lo que mejora la presentación y la claridad de los estados financieros.
3. Señalar los esfuerzos de la Organización para hacer el seguimiento y buscar fuentes complementarias de ayuda para fortalecer la posición financiera del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), del Centro de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), del Instituto de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ), y del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA).
4. Felicitar al Director por sus esfuerzos fructíferos para mantener a la Organización en una posición financiera sólida.

*(Aprobada en la cuarta reunión, el 23 de junio de 1998)*

***CE122.R3 Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el ejercicio económico 2000–2001***

***LA 122.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo considerado el documento CE122/7, que contiene una solicitud tentativa a la Organización Mundial de la Salud de un monto de US\$ 82.686.000 sin aumento de costos para la Región de las Américas para el ejercicio económico 2000–2001, y

Observando que el Subcomité de Planificación y Programación ha examinado el proyecto de presupuesto por programas en términos generales,

***RESUELVE:***

1. Agradecer al Subcomité de Planificación y Programación el examen que efectuó.
2. Recomendar a la 25.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 50.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, que apruebe el proyecto de presupuesto para el ejercicio económico 2000–2001 por un monto de US\$ 82.686.000 sin aumento de costos, mediante la aprobación de una resolución redactada en los siguientes términos:

***LA 25.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,***

Habiendo considerado el documento CSP25/\_\_\_\_\_ y la solicitud tentativa a la Organización Mundial de la Salud de un monto de US\$ 82.686.000 sin aumento de costos para la Región de las Américas para el ejercicio económico 2000–2001, y

Tomando nota de la recomendación de la 122.ª sesión del Comité Ejecutivo,

***RESUELVE:***

Solicitar al Director que transmita al Director General de la OMS la solicitud de un monto de US\$ 82.686.000 sin aumento de costos para la Región de las Américas para el ejercicio económico 2000–2001, a objeto de que sea sometida a la consideración del Consejo Ejecutivo de la OMS y de la Asamblea Mundial de la Salud en 1999.

*(Aprobada en la quinta reunión, el 24 de junio de 1998)*

***CE122.R4 Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999–2002***

*LA 122.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,*

Visto el documento CE122/8, en el que se proponen las orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana correspondientes al cuatrienio 1999–2002,

*RESUELVE:*

Recomendar a la 25.ª Conferencia Sanitaria Panamericana la aprobación de una resolución redactada en los siguientes términos:

*LA 25.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,*

Visto el documento CSP25/\_\_\_\_, "Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999–2002";

Teniendo en cuenta la función constitucional de la Conferencia Sanitaria Panamericana relativa a la determinación de las políticas generales de la Organización, y

Reconociendo la necesidad de los Estados Miembros y de la Secretaría de encauzar sus esfuerzos y recursos en tareas que mejoren el acceso a los servicios de salud y ayuden a lograr la satisfacción efectiva de las necesidades de salud de los habitantes de la Región,

*RESUELVE:*

1. Aprobar las "Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999–2002" como marco básico de referencia para la planificación estratégica de la cooperación técnica de la Secretaría.
2. Instar a los Estados Miembros a que, al formular sus políticas nacionales de salud, tengan en cuenta las orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina correspondientes al cuatrienio 1999–2002.

3. Pedir al Director:
- a) que aplique las orientaciones estratégicas y programáticas al elaborar los presupuestos bienales por programas de la Organización a lo largo del cuatrienio 1999–2002;
  - b) que evalúe el impacto de la cooperación técnica con los Estados Miembros, utilizando como marco básico de referencia las "Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999–2002", e informe a los Cuerpos Directivos sobre los resultados de dicha evaluación;
  - c) que difunda entre los Estados Miembros el documento "Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999–2002", y lo transmita al Director General de la OMS para su consideración;
  - d) que transmita el mencionado documento a organizaciones multilaterales y organismos de cooperación técnica de países donantes que participan en actividades del sector de la salud de los Estados Miembros.

*(Aprobada en la quinta reunión, el 24 de junio de 1998)*

***CE122.R5 Población y salud reproductiva***

***LA 122.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el informe del Director sobre población y salud reproductiva (documento CE122/11),

***RESUELVE:***

Recomendar a la 25.ª Conferencia Sanitaria Panamericana la adopción de una resolución redactada en los siguientes términos:

***LA 25.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,***

Reafirmando y actualizando los conceptos y los mandatos contenidos en las resoluciones CD30.R8, CD31.R18, CD32.R9, CD33.R13, CD35.R19, CSP23.R17, CD36.R18 y CD37.R18, así como los debates en la 116.ª sesión del Comité Ejecutivo, en 1995, sobre los temas de población, planificación de la familia, salud maternoinfantil,



prevención y reducción de la mortalidad materna, salud integral de los adolescentes, y población y salud reproductiva, y

Notando con satisfacción que los esfuerzos concertados desplegados anteriormente han influido en el mejoramiento de la salud reproductiva y que se han logrado progresos importantes, y observando que aún falta superar algunas dificultades considerables para lograr la salud reproductiva para todos, en especial la corrección de las inequidades,

*RESUELVE:*

1. Instar a los Estados Miembros:
  - a) a que reafirmen su compromiso de ejecutar los planes de acción elaborados dentro del contexto de las conferencias internacionales y los mandatos de los Cuerpos Directivos de la OPS para la acción en el área de la salud reproductiva, guiándose por el espíritu del respeto por los valores y la cultura de cada persona, familia, comunidad y nación;
  - b) a que reconozcan la importancia decisiva de los servicios de salud reproductiva, que exigen un enfoque intersectorial, una estructura básica de políticas y leyes, buena gestión, apoyo de organización y recursos humanos competentes;
  - c) a que instauren sistemas fiables de información para la toma de decisiones y el diseño de estrategias eficaces, incluida la elaboración de indicadores de proceso y de impacto para utilizarlos en el seguimiento y la evaluación continuos;
  - d) a que estimulen las investigaciones sobre la eficacia en función de los costos de determinadas intervenciones y tecnologías, la motivación para el cambio de actitud y de conducta en materia de salud reproductiva, los costos sociales de la morbilidad y la mortalidad maternas, y la utilización de los métodos de comunicación para difundir información en los diferentes sectores de la población;
  - e) a que velen por que, dentro del marco de la reforma del sector de la salud, se destinen recursos financieros suficientes para apoyar las actividades de salud reproductiva.
2. Solicitar al Director:
  - a) que siga apoyando la cooperación técnica con los países en materia de salud reproductiva y población;

- b) que fomente la elaboración y puesta a prueba de instrumentos y métodos que faciliten la adopción por los países de un enfoque integral para las actividades de salud reproductiva, alentando la consulta multidisciplinaria y multisectorial, teniendo en cuenta a la población, a objeto de definir las prioridades;
- c) que intensifique la cooperación y coordinación interinstitucionales para maximizar la repercusión de las actividades;
- d) que prosiga los esfuerzos para movilizar recursos que permitan, en un clima de respeto por los derechos, los valores y la cultura de todas las personas interesadas, la realización de actividades de salud reproductiva en los países de la Región.

*(Aprobada en la quinta reunión, el 24 de junio de 1998)*

***CE122.R6 Prevención y control del consumo de tabaco***

***LA 122.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Visto el informe del Director sobre prevención y control del consumo de tabaco (documento CE122/12) y la resolución CD34.R12 (1989),

***RESUELVE:***

Recomendar a la 25.ª Conferencia Sanitaria Panamericana la aprobación de una resolución redactada en los términos siguientes:

***LA 25.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,***

Visto el informe del Director sobre prevención y control del consumo de tabaco (documento CSP25/\_\_\_\_) y la resolución CD34.R12 (1989);

Reconociendo la gravedad de la epidemia de consumo y dependencia del tabaco como problema prioritario de salud en la Región, especialmente en los niños y adolescentes, y

Consciente de la necesidad de adoptar de inmediato medidas eficaces para la prevención y control de esta epidemia,

*RESUELVE:*

1. Aprobar las recomendaciones presentadas en el documento CSP25/\_\_\_\_\_.
2. Instar a los Estados Miembros:
  - a) a que tomen medidas urgentes para proteger a los niños y adolescentes por medio de la reglamentación de la publicidad, para la aplicación de leyes y ordenanzas para suprimir la venta de los productos del tabaco a menores y para el establecimiento de programas preventivos eficaces;
  - b) a que designen oficialmente a un funcionario o unidad responsable de la coordinación intra e interministerial de los programas de prevención y control del tabaquismo en el ámbito nacional;
  - c) a que elaboren y pongan en práctica un plan de acción, con medidas educativas, legislativas, reglamentarias y fiscales, para la prevención del consumo y control de tabaco.
3. Recomendar al Director que incremente los esfuerzos de la Organización hacia la movilización adecuada de recursos presupuestarios y extrapresupuestarios para apoyar y fortalecer los programas regionales de control del tabaquismo.

*(Aprobada en la quinta reunión, el 24 de junio de 1998)*

***CE122.R7 Premio OPS en Administración, 1998***

***LA 122.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 1998 (documento CE122/6, Add. I), y

Teniendo presentes 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) y modificados por la 24.ª Conferencia Sanitaria Panamericana (1994),

*RESUELVE:*

1. Tomar nota de la decisión del Jurado de que se adjudique el Premio OPS en Administración, 1998, a la Dra. Christine Olive Moody, de Jamaica, por su aporte a la

planificación, administración y liderazgo en los servicios de salud de Jamaica, y su contribución al desarrollo de la atención primaria de salud en el plano regional y global.

2. Transmitir el informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 1998 (documento CE122/6, Add. I), a 25.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana.

*(Aprobada en la sexta reunión, el 24 de junio de 1998)*

***CE122.R8 Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana***

***LA 122.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo considerado las modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana presentadas por el Director en el anexo al documento CE122/21;

Teniendo en cuenta las medidas adoptadas por la 51.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud con respecto a la remuneración de los Subdirectores Generales y los Directores Regionales, el Director General Adjunto y el Director General;

Teniendo presente lo dispuesto en el Artículo 020 del Reglamento del Personal y en el Artículo 3.1 del Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, así como 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 las modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana presentadas por el Director en el anexo al documento CE122/21:
  - a) con efecto a partir del 1 de enero de 1998 respecto a la escala de contribuciones del personal de la categoría de servicios generales;
  - b) con efecto a partir del 1 de enero de 1998 respecto al nombramiento de parientes cercanos;

- c) con efecto a partir del 1 de marzo de 1998 respecto a la escala de sueldos aplicable a los puestos de las categorías profesional y superior, y de la escala de contribuciones del personal de las categorías profesional y superior, sin familiares a cargo;
  - d) con efecto a partir del 1 de marzo de 1998, los cambios en la redacción de la versión en español de los artículos 1340, 1340.1 y 1340.2, concernientes a la categoría de Funcionario Profesional de Contratación Nacional.
2. Establecer, con efecto a partir del 1 de marzo de 1998:
- a) el sueldo neto del Director Adjunto en US\$ 93.671 anuales, con familiares a cargo, y en \$84.821 anuales, sin familiares a cargo;
  - b) el sueldo neto del Subdirector en \$92.671 anuales, con familiares a cargo, y en \$83.821, sin familiares a cargo.
3. Recomendar a la 25.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana que fije el sueldo neto del Director en \$102.130 anuales, con familiares a cargo, y en \$91.883 anuales, sin familiares a cargo, con efecto a partir del 1 de marzo de 1998.

*(Aprobada en la sexta reunión, el 24 de junio de 1998)*

***CE122.R9 Salud de las personas de edad***

***LA 122.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el informe del Director sobre salud de las personas de edad (documento CE122/13),

***RESUELVE:***

Recomendar a la 25.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana que adopte una resolución redactada en los siguientes términos:

***LA 25.<sup>a</sup> CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,***

Considerando que el envejecimiento de la población tendrá repercusiones importantes sobre la asistencia sanitaria, los tipos de instituciones y los arreglos informales

que se necesitarán para apoyar la prestación de asistencia por las familias, y la distribución de los recursos a lo largo del ciclo de vida;

Consciente de que el más grande reto del milenio será mantener a las poblaciones que están envejeciendo activas y libres de enfermedades discapacitantes por tanto tiempo como sea posible, y de que el envejecimiento activo y sano depende en gran medida de una perspectiva de promoción de la salud, y

Reconociendo que 1999, el Año Internacional de las Personas de Edad, representa una oportunidad importante para que la OPS/OMS fortalezca su función de liderazgo en los asuntos relativos al envejecimiento y la salud,

*RESUELVE:*

1. Instar a los Estados Miembros a que:
  - a) respalden el nuevo marco conceptual para el envejecimiento sano concebido en el contexto del Programa Mundial de la OMS sobre el Envejecimiento y la Salud, las conclusiones de distintas conferencias internacionales y los programas de promoción de la salud y de salud de la familia y población de la OPS;
  - b) ejecuten los planes nacionales y regionales de acción en materia de salud y envejecimiento;
  - c) consideren la necesidad de abordar los siguientes conceptos clave en la formulación de los planes, políticas y programas nacionales relativos al envejecimiento y la salud:
    - el reconocimiento de que la salud de las personas de edad tiene repercusiones considerables sobre varias dimensiones del desarrollo y el funcionamiento de las sociedades, y que exige un enfoque intersectorial guiado por instrumentos normativos y jurídicos, fundamentado en la investigación y apoyado en recursos humanos competentes y servicios de salud sensibles a las necesidades de las personas de edad;
    - el fortalecimiento de la capacidad del sector de atención primaria de salud para proporcionar una gama continua de servicios a lo largo del ciclo de vida;
    - el reforzamiento de la capacidad de las personas de edad como un recurso para el desarrollo de ambientes sanos, la creación de una infraestructura para apoyar a los miembros de la familia que prestan asistencia a las personas de edad, el desarrollo

- de opciones comunitarias a la reclusión en establecimientos asistenciales y la promoción de programas intergeneracionales.
2. Solicitar al Director que:
- a) fomente la elaboración y puesta a prueba de instrumentos y métodos que faciliten la adopción por los países de un enfoque integral de la salud de las personas de edad;
  - b) prosiga los esfuerzos para movilizar los recursos necesarios para:
    - apoyar las investigaciones de población sobre la salud y el bienestar de las personas de edad;
    - fortalecer la capacidad de una red regional de política pública;
    - proporcionar educación y capacitación geriátrica a los profesionales de la atención primaria de salud;
    - desarrollar la comunicación social y la educación por los medios de comunicación para promover un nuevo marco conceptual de las sociedades que envejecen.

*(Aprobada en la séptima reunión, el 25 de junio de 1998)*

***CE122.R10 Síndrome de inmunodeficiencia adquirida***

***LA 122.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el informe sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas (documento CE122/15),

***RESUELVE:***

Recomendar a la 25.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana la aprobación de una resolución redactada en los siguientes términos:

***LA 25.<sup>a</sup> CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,***

Habiendo examinado el informe sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas (documento CSP25/\_\_\_\_);

Considerando que la epidemia de VIH/SIDA sigue afectando principalmente a las poblaciones vulnerables y de alto riesgo y que esta situación ofrece una oportunidad de evitar que la epidemia se propague a la población en general en la mayoría de los países de las Américas;

Teniendo en cuenta la experiencia y los logros de los Estados Miembros en el establecimiento y el fomento de programas nacionales contra el SIDA, en el fortalecimiento de la vigilancia, en el logro de suministros de sangre inocuos, y en las intervenciones comportamentales destinadas a los grupos más vulnerables, y

Consciente de que las enfermedades de transmisión sexual siguen siendo cofactores importantes en la transmisión sexual del VIH, así como de la necesidad de prevenir la transmisión perinatal del VIH y otros microorganismos patógenos y de mejorar la calidad, la eficiencia y la eficacia de la atención de la infección por el VIH/SIDA y las ETS,

*RESUELVE:*

1. Instar a los Estados Miembros a que:
  - a) redoblen sus esfuerzos para combatir la infección por el VIH/SIDA como parte del enfoque multisectorial promovido por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA);
  - b) aprueben y apoyen la adopción de una estrategia regional para la prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual (PACETS), fundamentada en las pautas de la OMS;
  - c) fijen prioridades nacionales para mejorar la prevención y la atención de la infección por el VIH/SIDA y las ETS, en especial la consejería y las pruebas, tratamiento y profilaxis de la tuberculosis y otras infecciones oportunistas, detección temprana y tratamiento de las ETS curables, prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo, desarrollo de modelos culturalmente apropiados para la atención de la infección por el VIH/SIDA, y mejoramiento del acceso a los medicamentos antirretrovíricos para todos los que los necesiten;
  - d) aumenten los esfuerzos nacionales contra la infección por el VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual y promuevan el establecimiento de redes de información técnica y de cooperación financiera entre los países.



2. Solicitar al Director que:
  - a) elabore mecanismos destinados a fortalecer la capacidad regional para la prevención y el control de las enfermedades de transmisión sexual y para adaptar la estrategia de la OMS para prevención, atención y control de las enfermedades de transmisión sexual (PACETS) a las Américas;
  - b) continúe estudiando estrategias para mejorar la atención de los pacientes con infección por el VIH/SIDA, en especial el acceso a la azidotimidina (AZT) y otros medicamentos antirretrovíricos para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo, y el tratamiento de la infección por el VIH y el SIDA.

*(Aprobada en la séptima reunión, el 25 de junio de 1998)*

***CE122.R11 Repercusiones sanitarias del fenómeno El Niño***

***LA 122.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Visto el documento CE122/10 presentado por el Director sobre las consecuencias del fenómeno de El Niño sobre la salud,

***RESUELVE:***

Recomendar a la 25.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana la aprobación de una resolución redactada en los siguientes términos:

***LA 25.<sup>a</sup> CONFERENCIA PANAMERICANA,***

Tomando nota de las graves consecuencias provocadas por el fenómeno de El Niño 1997–1998 sobre la salud y la economía de toda la Región de las Américas;

Visto el documento CSP25/\_\_\_\_ presentado por el Director sobre las consecuencias del fenómeno de El Niño sobre la salud;

Preocupada por la vulnerabilidad del sector de la salud frente a los eventos originados por dicho fenómeno;

Reconociendo la importancia de las medidas de reforzamiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica, saneamiento básico y control de enfermedades transmisibles hechas por varios países;

Convencida de que los daños sobre la infraestructura del sector, tanto en instalaciones de salud como en los sistemas de agua, alcantarillado y otras líneas vitales, pueden ser minimizados para eventos catastróficos futuros, y que por lo tanto los Estados Miembros deben realizar mayores esfuerzos al respecto;

Recordando las resoluciones CD24.R10 (1976), CD26.R36 (1979), CD27.R40 (1980), CD32.R10 (1987) y CD40.R13 (1997) del Consejo Directivo, donde se confiere a la OPS el mandato de desarrollar la cooperación técnica en preparativos para casos de desastre en lo que atañe a la salud y, específicamente, la continuación de esta cooperación orientada a la preparación del sector para enfrentar los desastres provocados por El Niño, y

Tomando en cuenta la resolución AG/RES.1584 "Programa especial de apoyo para los países afectados por el fenómeno de El Niño", aprobada en el XXVIII período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos que exhorta a los Estados Miembros y a los organismos y organizaciones del sistema interamericano (en particular al Banco Interamericano de Desarrollo, al Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura y a la Organización Panamericana de la Salud), así como a las organizaciones no gubernamentales vinculadas al tema, a que intensifiquen, dentro del marco del Decenio Internacional para la Reducción de Desastres Naturales, su cooperación con los esfuerzos dirigidos a prevenir, reducir y remediar los efectos causados por el fenómeno de El Niño,

*RESUELVE:*

1. Invitar a los Estados Miembros a que revisen y actualicen sus planes de salud para situaciones de emergencia, tomando como base las lecciones aprendidas en los desastres provocados por El Niño 1997–1998;
2. Instar a los Estados Miembros que han desarrollado programas de mitigación y preparativos con anterioridad a los desastres causados por El Niño a que refuercen estos programas manteniendo una visión integral para todo tipo de riesgos.
3. Instar a los Estados Miembros que aún no lo han hecho que:
  - a) organicen programas de mitigación para casos de desastre, incluyendo aspectos de diseño, reforzamiento y mantenimiento estructural y no estructural en las instalaciones de salud, siguiendo las recomendaciones de la Conferencia Internacional sobre Mitigación de Desastres en las Instalaciones de Salud, celebrada en México en 1996, así como en los sistemas de agua, alcantarillado y otras líneas vitales;

- b) refuercen sus programas de preparativos para cualquier situación de emergencia, poniendo énfasis multidisciplinario desde el punto de vista de la vigilancia epidemiológica, control de enfermedades y calidad del ambiente, saneamiento ambiental y control de vectores, así como en los preparativos hospitalarios y comunitarios para casos de desastre;
  - c) apoyen la recolección de datos y los trabajos de investigación a mediano y largo plazo, a los efectos de poder establecer con mayor certeza los efectos de El Niño sobre la salud humana.
4. Solicitar al Director que:
- a) refuerce la cooperación técnica con los Estados Miembros en el desarrollo de políticas y programas de prevención y mitigación de los daños causados por los desastres, dirigidas a la estructura sanitaria;
  - b) estimule los esfuerzos a nivel regional y nacional para asegurar una memoria institucional sobre El Niño 1997–1998, así como los trabajos de vigilancia epidemiológica y de investigación que lleven a un mejor entendimiento del impacto de El Niño.

*(Aprobada en la séptima reunión, el 25 de junio de 1998)*

***CE122.R12 Vacunas e inmunización***

***LA 122.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el informe del Director sobre vacunas e inmunización (documento CE122/16),

***RESUELVE:***

Recomendar a la 25.ª Conferencia Sanitaria Panamericana la adopción de una resolución redactada en los siguientes o parecidos términos:

***LA 25.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,***

Habiendo considerado el informe del Director sobre vacunas e inmunización (documento CSP25/\_\_\_\_);

Observando con satisfacción los adelantos logrados en materia de control/ erradicación de algunas de las enfermedades prevenibles por vacunación, por ejemplo, erradicación del sarampión para el año 2000, control del tétanos neonatal y mantenimiento de la situación libre de poliomielitis;

Reconociendo que varios países ya han introducido o están considerando la introducción de otras vacunas, como la dirigida contra sarampión, parotiditis y rubéola (MMR) y contra *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib) en sus programas nacionales de vacunación, y

Observando con preocupación que la vigilancia de la parálisis flácida aguda (PFA) se ha deteriorado en varios países, que el número acumulado de individuos susceptibles al sarampión se ha elevado a niveles peligrosos en unos cuantos países y que se han observado brotes de fiebre amarilla en zonas de los países endémicos,

*RESUELVE:*

1. Instar a los Estados Miembros a que:
  - a) fortalezcan su sistema de vigilancia de la parálisis flácida aguda (PFA) para velar por que la Región permanezca libre de la poliomielitis;
  - b) hagan hincapié en la necesidad crítica de ejecutar campañas de vacunación antisarampionosa de seguimiento en los países que hayan acumulado un número considerable de niños susceptibles al sarampión;
  - c) introduzcan las vacunas contra la rubéola y contra *Haemophilus influenzae* tipo B en sus esquemas nacionales de vacunación, y contra la fiebre amarilla en todas las zonas donde esta enfermedad es endémica;
  - d) reconozcan la importancia de garantizar el financiamiento de sus programas nacionales de vacunación con fondos de sus presupuestos nacionales;
  - e) utilicen la cobertura de vacunación y los indicadores de vigilancia epidemiológica de las enfermedades inmunoprevenibles a nivel de distrito para medir el impacto de la descentralización de los servicios de salud.

*(Aprobada en la séptima reunión, el 25 de junio de 1998)*

***CE122.R13 Programa provisional de temas de la 25.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, 50.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas***

***LA 122.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el programa provisional de temas (documento CSP25/1) preparado por el Director para la 25.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, 50.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, presentado como anexo del documento CE122/4, y

Teniendo en cuenta las disposiciones del Artículo 7.F de la Constitución de la OPS y el Artículo 6 del Reglamento Interno de la Conferencia,

***RESUELVE:***

Aprobar el programa provisional de temas (documento CSP25/1) preparado por el Director para la 25.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, 50.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

*(Aprobada en la séptima reunión, el 25 de junio de 1998)*

***CE122.R14 Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles, y mantenimiento y reparación de los edificios propiedad de la OPS***

***LA 122.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el documento CE122/19, que informa sobre las medidas tomadas por la Secretaría en relación con los proyectos aprobados financiados por el Fondo de Bienes Inmuebles de la OPS y describe otras necesidades en cuanto a proyectos,

***RESUELVE:***

1. Aprobar los proyectos de mantenimiento adicionales para el edificio de la oficina de campo de Brasilia, cuyo costo aproximado es de US\$ 350.000.
2. Aprobar las reparaciones a los ventanales de vidrio y al techo de la sala de máquinas del edificio de la Sede de la OPS con un costo estimado de \$200.000.

*(Aprobada en al séptima reunión, el 25 de junio de 1998)*

***Decisiones***

***CE122(D1) Adopción del orden del día***

De conformidad con el Artículo 9 del Reglamento Interno, se aprobó el orden del día presentado por el Director (documento CE122/1, Rev. 1).

*(Primera reunión, 22 de junio de 1998)*

***CE122(D2) Representación del Comité Ejecutivo en la 25.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 50.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas***

De conformidad con el Artículo 54 del Reglamento Interno, se decidió designar al Presidente (Chile) y al Vicepresidente (Bahamas) del Comité Ejecutivo para representar al Comité en la 25.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 50ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Como suplentes de estos representantes, el Comité designó a México y Antigua y Barbuda, respectivamente.

*(Primera reunión, 22 de junio de 1998)*

***CE122(D3) Informe del Subcomité de Planificación y Programación***

El Comité Ejecutivo escuchó y debatió el informe del Subcomité de Planificación y Programación (documento CE122/5). La Secretaría tomó nota del debate que siguió.

*(Primera reunión, 22 de junio de 1998)*

***CE122(D4) La cooperación técnica entre países: panamericanismo en el siglo XXI***

El Comité Ejecutivo examinó y debatió el documento "La cooperación técnica entre países: panamericanismo en el siglo XXI" (documento CE122/9). La Secretaría tomó nota del debate que siguió.

*(Tercera reunión, 23 de junio de 1998)*

***CE122(D5) Hantavirus***

El Comité Ejecutivo examinó y abordó el informe sobre hantavirus (documento CE122/4). La Secretaría tomó nota del debate que siguió.

*(Quinta reunión, 24 de junio de 1998)*

***CE122(D6) Programa de publicaciones de la OPS***

El Comité Ejecutivo escuchó y abordó el informe sobre el programa de publicaciones de la OPS (documento CE122/16). La Secretaría tomó nota del debate que siguió.

*(Sexta reunión, 24 de junio de 1998)*

***CE122(D7) Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS***

El Comité Ejecutivo escuchó y abordó la intervención de ls representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS (documento CE122/22). La Secretaría tomó nota del debate que siguió.

*(Sexta reunión, 24 de junio de 1998)*

***CE122(D8) Edificios de las oficinas de campo de la OPS***

El Comité Ejecutivo tomó nota del informe de avance relativo a los edificios de las oficinas de campo de la OPS (documento CE122/20).

*(Séptima reunión, 25 de junio de 1998)*

***CE122(D9) Resoluciones y otras acciones de la 51.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS***

El Comité Ejecutivo tomó nota del informe sobre las resoluciones y otras acciones de la 51.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS así de como varias acciones de la 102.<sup>a</sup> sesión del Consejo Ejecutivo de la OMS de pertinencia directa para la Región de las Américas (documento CE122/23). Con relación a los cambios propuestos mediante la resolución EB102.R1 en cuanto a la elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, el Comité recomendó que la consideración del asunto se aplazara hasta después de la 25.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana.

*(Séptima reunión, 25 de junio de 1998)*

EN FE DE LO CUAL, el Presidente del Comité Ejecutivo y el Secretario ex officio, Director 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, en este vigésimo quinto día de junio de mil novecientos y noventa y ocho. El Secretario depositará los textos originales en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana y enviará copias a los Estados Miembros de la Organización.

---

Fernando Muñoz Porras  
Presidente de la 122.<sup>a</sup> sesión  
del Comité Ejecutivo  
Delegado de Chile

---

George A. O. Alleyne  
Secretario ex officio de la 122.<sup>a</sup> sesión  
del Comité Ejecutivo  
Director de la  
Oficina Sanitaria Panamericana





## **ORDEN DEL DÍA**

### **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 la 25.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, 50.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
- 2.3 Programa provisional de temas de la 25.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, 50.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

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

- 3.1 Informe del Subcomité de Planificación y Programación
- 3.2 Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 1998

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

- 4.1 Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para 2000-2001
- 4.2 Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999-2002
- 4.3 La cooperación técnica entre países: panamericanismo en el siglo XXI
- 4.4 Repercusiones sanitarias del fenómeno El Niño
- 4.5 Población y salud reproductiva
- 4.6 Prevención y control del consumo de tabaco
- 4.7 Salud de las personas de edad
- 4.8 Hantavirus
- 4.9 Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas

4.10 Vacunas e inmunización

4.11 Programa de Publicaciones de la OPS

## **5. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y DE POLÍTICA FINANCIERA**

5.1 Informe sobre la recaudación de las cuotas

5.2 Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo sobre 1996-1997

5.3 Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles, y mantenimiento y reparación de los edificios propiedad de la OPS

5.4 Edificios de las oficinas de campo de la OPS

## **6. ASUNTOS RELATIVOS AL 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 OPS/OMS

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

7.1 Resoluciones y otras acciones de la 51.<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

*Documento oficial 286* Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo sobre 1996-1997

### Documentos de trabajo

CE122/1, Rev. 3 Adopción del orden del día y del programa de reuniones

CE122/2, Rev. Lista de participantes

CE122/3 Representación del Comité Ejecutivo en la 25.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, 50.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

CE122/4 Programa provisional de temas de la 25.a Conferencia Sanitaria Panamericana, 50.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

CE122/5 Informe del Subcomité de Planificación y Programación

CE122/6 y Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS  
Add. I, Rev. 1 en Administración, 1998

CE122/7 Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para 2000-2001

CE122/8 Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina  
y Corrig. I Sanitaria Panamericana, 1999-2002

CE122/9 La cooperación técnica entre países: panamericanismo en el siglo XXI

CE122/10 Repercusiones sanitarias del fenómeno El Niño

CE122/11 Población y salud reproductiva

CE122/12	Prevención y control del consumo de tabaco
CE122/13	Salud de las personas de edad
CE122/14	Hantavirus
CE122/15	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas
CE122/16	Vacunas e inmunización
CE122/17	Programa de Publicaciones de la OPS
CE122/18 y Add. I	Informe sobre la recaudación de las cuotas
CE122/19	Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles, y mantenimiento y reparación de los edificios propiedad de la OPS
CE122/20	Edificios de las oficinas de campo de la OPS
CE122/21	Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
CE122/22	Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS
CE122/23	Resoluciones y otras acciones de la 51.a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS

**Documentos de información**

CE122/INF/1	Estadísticas del personal de la OPS/OMS
-------------	---

**LIST OF PARTICIPANTS  
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members of the Committee  
Miembros del Comité**

**Antigua and Barbuda  
Antigua y Barbuda**

Hon. Samuel R. Aymer

**Bahamas**

Dr. Merceline Dahl-Regis  
Ms. Elizabeth L. Keju

**Chile**

Dr. Fernando Muñoz Porras  
Dr. Carlos Anríquez Loyola

**Colombia**

Dr. Francisco Coy Granados  
Dra. Diana Serpa

**Costa Rica**

Sr. Rogelio Pardo Evans

**Ecuador**

Dr. Fernando Torres Andrade

**Mexico  
México**

Lic. José Campillo  
Dr. Miguel Angel Lezana  
Dra. Melba Muñoz Martelón  
Lic. Guillermo Reyes Castro

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

**Panama**

Dra. Enelka de Samudio

**Paraguay**

Dr. Andrés Vidovich Morales  
Dr. Roberto Dullak Peña  
Sr. Christian Maidana

**Observers**  
**Observadores**

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

**Bolivia**

Dr. Samuel A. Echalar

**Canada**

Mr. Nick Previsich

**Cuba**

Dr. Miguel Avila Díaz  
Sr. Eddy Machado Alvarez  
Sr. Rafael Noriega

**France**  
**Francia**

M. Jean-Paul Barré  
M. Hubert Martin  
M. Julien Perrier

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

**Jamaica**

Hon. John Junor  
Mr. George Briggs  
Dr. Elva Lewis-Fuller  
Ms. Vilma McNish

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

Ms. Linda A. Vogel  
Mr. Neil A. Boyer  
Mr. Richard Walling  
Ms. Carol Dabbs  
Ms. Mary Lou Valdez

**Uruguay**

Sra. Susana Rosa

**Venezuela**

Dr. Elbano Pieruzzi

**Intergovernmental Organizations**  
**Organizaciones Intergubernamentales**

**Inter-American Development Bank**  
**Banco Interamericano de Desarrollo**

Dr. Alfredo Solari  
Ms. Daniela Trucco

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

Mr. Guillermo Grajales



**Intergovernmental Organizations (cont.)**  
**Organizaciones Intergubernamentales (cont.)**

**Organization of American States**  
**Organización de Estados Americanos**

Inter-American Commission of Women  
Comisión Interamericana de Mujeres

Sra. Martha Betrán-Martínez

**United Nations Children's Fund**  
**Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia**

Dr. Aaron Lechtig

**United Nations Population Fund**  
**Fondo de Población de las Naciones Unidas**

Ms. Liliana Frieiro Berglund

**Nongovernmental Organizations**  
**Organizaciones no gubernamentales**

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

Sr. Juan M. Martínez García  
Ing. Luiz Augusto de Lima Pontes

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

Dr. Paulo Naud

**United States Pharmacopeial Convention, Inc.**

Mr. Jerome A. Halperin  
Mr. Mark Sohasky  
Mr. Jim Crandall  
Ms. Jennifer Devine

**PAN AMERICAN SANITARY BUREAU  
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

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

Dr. George A. O. Alleyne

*Advisers to the Director  
Asesores del Director*

Dr. David Brandling-Bennett  
Deputy Director

Dr. Mirta Roses  
Assistant Director

Mr. Eric Boswell  
Chief of Administration

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

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

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

Dr. José Antonio Solís  
Director, Division of Health Promotion and Protection

Mr. Horst Otterstetter  
Director, Division of Health and Environment

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

Dr. Irene Klinger  
Chief, Office of External Relations

**PAN AMERICAN SANITARY BUREAU  
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

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

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

*Legal Counsel  
Asesora Jurídica*

Dr. Heidi V. Jiménez

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

Dr. Richard P. Marks

*Chief, Conference Services  
Jefe, Servicio de Conferencias*

Ms. Janice A. Barahona