



**ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD**

XXXVI Reunión



**ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD**

XLIV Reunión



Washington, D.C.
Septiembre 1992

Tema 3.1 del programa provisional

CD36/7 (Esp.)

31 julio 1992

ORIGINAL: ESPAÑOL

INFORME ANUAL DEL PRESIDENTE DEL COMITE EJECUTIVO (presentado por el Dr. Mateo Budinich (Chile))

El Artículo 9.C de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el que se describen las funciones del Consejo Directivo, establece que éste considerará el informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo. Se da cumplimiento a dicho trámite constitucional presentando a continuación el informe de las actividades llevadas a cabo por el Comité durante el período comprendido entre septiembre de 1991 y septiembre de 1992, en el que celebró sus 108a y 109a Reuniones.

108a REUNION DEL COMITE EJECUTIVO

La 108a Reunión del Comité Ejecutivo tuvo lugar el día 28 de septiembre de 1991 en el edificio de la Sede en Washington, D.C., y contó con la participación de los representantes de los siguientes miembros: Barbados, Brasil, Cuba, Chile, Estados Unidos de América, Haití, Honduras, Perú y San Vicente y las Granadinas, y del Observador de Argentina.

Fue suficiente una sesión plenaria para la consideración de todos los temas del programa.

Fueron elegidos por unanimidad para integrar la Mesa Directiva del Comité, como Presidente, el Representante de Chile, Dr. Mateo Budinich, y como Vicepresidente y Relator los Dres. César Castellanos (Honduras) y Eugenio Villar (Perú), respectivamente.

En sustitución del Canadá y Venezuela que habían terminado sus mandatos el Comité, eligió al Brasil y a los Estados Unidos de América para integrar el Subcomité de Planificación y Programación. Asimismo, el Comité eligió a los Estados Unidos de América, a Honduras y a San Vicente y las Granadinas como miembros del Subcomité

Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, por haber llegado a su término los mandatos del Canadá, de Trinidad y Tabago y de Venezuela en el Comité Ejecutivo.

Como es costumbre, el Comité llevó a cabo un minucioso análisis del desarrollo y contenido de la recién concluida XXXV Reunión del Consejo Directivo y fijó las fechas para la celebración de la XXXVI Reunión.

Análisis de los programas de temas del Consejo Directivo

El Dr. Knouss, Director Adjunto, introdujo el tema sobre el "Análisis de los programas de temas del Consejo Directivo". Dijo que en la 107a Reunión del Comité Ejecutivo se había solicitado al Director que llevara a cabo un estudio para cerciorarse que los mandatos constitucionales de los Cuerpos Directivos se cumplieran de forma eficiente y efectiva. Hizo notar que el incluir determinados asuntos en el programa de temas de las reuniones podía deberse a varias razones: algunas de carácter constitucional o reglamentario; otras derivadas de resoluciones y decisiones tomadas en reuniones anteriores o por mandato de los Cuerpos Directivos; algunos temas eran propuestos por los Gobiernos Miembros o por el Director, y otros eran incluidos en virtud de la doble función del Consejo como Cuerpo Directivo de la OPS y como Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud.

Señaló que en los últimos 10 años la duración de las reuniones del Consejo Directivo y de la Conferencia Sanitaria Panamericana se ha reducido considerablemente: las Discusiones Técnicas y la ceremonia de clausura han sido eliminadas; todas las sesiones se realizan como plenarias; algunos de los asuntos que se presentan al Comité y al Consejo son analizados previamente por subcomités, y se ha hecho un esfuerzo por controlar la extensión de las presentaciones del personal.

Durante el debate, los miembros comentaron las diferentes alternativas presentadas en el documento de trabajo. Se llegó al acuerdo que tanto el Subcomité de Planificación y Programación como el Comité Ejecutivo deberían revisar los borradores de las resoluciones para decidir si deberá incluirse el asunto en el programa de temas del Consejo Directivo o de la Conferencia.

Los miembros aprobaron la propuesta de que algunos de los informes requeridos podrían ser sometidos en el Informe Anual del Director, en vez de ser presentados en forma separada dentro del programa de temas, y que el Director, en su calidad de jefe ejecutivo, deberá tener el poder discrecional de decidir qué presentar al Consejo Directivo, qué incluir en su informe anual, y si un asunto debe o no ser considerado también dentro del programa de temas del Comité Ejecutivo.

Se decidió que esta recomendación sería registrada en las Actas de la reunión.

109a REUNION DEL COMITE EJECUTIVO

La 109a Reunión del Comité Ejecutivo se celebró en la Sede de la Organización en Washington, D.C., del 22 al 25 de junio de 1992, con asistencia de los representantes de los nueve Gobiernos Miembros del Comité, a saber: Barbados, Brasil, Cuba, Chile, Estados Unidos de América, Haití, Honduras, Perú, y San Vicente y las Granadinas, así como observadores de Argentina, Canadá y México, de cinco organismos intergubernamentales y de tres organismos no gubernamentales.

El Subcomité de Planificación y Programación y el Subcomité Especial sobre la Mujer, Salud y Desarrollo estuvieron representados por sus respectivos presidentes.

En ausencia del Relator, Dr. Eugenio Villar, del Perú, el Comité Ejecutivo eligió Relator pro tempore al Dr. Salomón Zavala Sarrio, del Perú.

El Comité celebró un total de ocho sesiones plenarias y en el transcurso de las cuales se trataron los siguientes asuntos que resultaron en un serie de decisiones y resoluciones:

Tema 2.1: Adopción del programa de temas

En la primera sesión plenaria el Comité Ejecutivo adoptó el programa de temas (Documento CE109/1, Rev. 2) presentado por el Director.

Tema 2.2: Representación del Comité Ejecutivo en la XXXVI Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XLIV Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas

De conformidad con el Artículo 14 del Reglamento Interno el Comité designó al Dr. Salomón Zavala Sarrio, del Perú, para representar conjuntamente con el Presidente, Dr. Mateo Budinich, al Comité Ejecutivo en la XXXVI del Consejo Directivo de la OPS, XLIV Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Asimismo, se decidió nombrar representantes suplentes al Dr. Edmur Pastorelo, del Brasil, y al Dr. Jorge Litvak, de Chile, respectivamente.

Tema 2.3: Programa provisional de temas de la XXXVI Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XLIV Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas

En su octava sesión plenaria, el Comité Ejecutivo aprobó, con la adición de ocho temas, el programa provisional de temas (Documento CD36/1, Rev. 1) preparado por el Director para la XXXVI Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XLIV Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

Tema 3.1: Informe del Subcomité de Planificación y Programación

En su calidad de Presidente del Subcomité de Planificación y Programación el Sr. Branford Taitt (Barbados) dió cuenta de la labor realizada por el Subcomité en sus dos reuniones, celebradas una del 2 al 4 de diciembre de 1991 y la otra del 8 al 9 de abril de 1992. En su presentación inicial excluyó lo relativo al anteproyecto de presupuesto por programas de la OMS para la Región de las Américas para el bienio 1994-1995, y lo concerniente a los temas: Salud y Turismo, Conversión de Deuda para la Salud, y Plan Regional de Inversiones en Salud y Ambiente. Estos asuntos fueron presentados por el Sr. Taitt al tratarse como temas específicos dentro del programa de la Reunión del Comité.

Democracia y salud

El tema "Democracia y Salud" fue un asunto considerado por ambas reuniones del Subcomité. En la de diciembre de 1991 la iniciativa de la Secretaría suscitó un pormenorizado debate por la importancia y trascendencia del tema y sobre el que todos los miembros del Subcomité reconocieron que si bien el Ministerio de Salud tiene la responsabilidad principal de ejercer el liderazgo en el sector salud, la responsabilidad del fomento de la salud atañe a todos los entes del Estado, incluyendo al poder legislativo. Por lo tanto, la iniciativa destinada a favorecer un mayor entendimiento y apoyo para el sector salud fue considerada como muy positiva.

Además de fomentar un mayor reconocimiento de la salud en el proceso general de desarrollo, uno de los objetivos principales del programa es instar a los parlamentos a que colaboren mas estrechamente con el Ministerio de Salud en favor de la causa de la salud.

La iniciación de este proyecto en 1991 fue a través de la celebración de acuerdos de cooperación técnica en salud con 20 parlamentos, además del establecimiento de vínculos de cooperación con organizaciones parlamentarias regionales y subregionales.

En el debate surgido en esa primera reunión del Subcomité se señaló la conveniencia de que en el contacto con el poder legislativo se tenga en cuenta los canales de comunicación establecidos con los ministerios de salud. En respuesta, el Director aclaró que la Oficina seguirá colaborando y consultando directamente con ese Ministerio.

Una versión revisada de ese documento fue presentada a la reunión del Subcomité de abril del año en curso en el que se puntualizaban mejor los objetivos del programa y se indicaba un método para su evaluación. En esa misma reunión se tomó nota con interés de que se había celebrado una sesión de la Comisión de Salud, Trabajo y Seguridad Social del Parlamento Latinoamericano en la que habían participado 75 parlamentarios de 17 países de la Región y en la que se consideraron toda una gama de temas relacionados con la salud, con lo que queda refrendado el interés de los parlamentarios en el tema.

Por otra parte, se señaló que en el caso particular de esta iniciativa debiera establecerse un mecanismo evaluativo específico aunque en líneas generales similar al que se aplica a los demás programas de la Organización. Se reiteró que los fondos destinados a fomentar esta iniciativa son fondos regionales y no provienen de los asignados a las actividades de cooperación técnica en los países miembros.

El Subcomité decidió que una edición revisada del documento sea presentado al Comité Ejecutivo, en su reunión de septiembre de 1992. La Secretaría añadiría al informe un documento-propuesta de actividades en el que especificaría los objetivos y resultados que se esperan alcanzar, junto con los mecanismos de acción detallando el papel de la rama ejecutiva, en particular el ministerio de salud.

Información pública y comunicación para la salud

La utilización de la comunicación social como estrategia esencial de la Organización y de sus Gobiernos Miembros ha rendido frutos en la movilización de recursos y en la creación de asociaciones con el sector privado y las organizaciones no gubernamentales. Entre algunos logros recientes cabe mencionarse la creación de dos bases de datos computarizados así como campañas publicitarias en apoyo a las campañas de inmunización, prevención del cólera y VIH/SIDA.

El Subcomité destacó la importancia de promover el interés en las cuestiones de salud entre el público en general y grupos especializados a la vez que se crea y refuerza la conciencia pública en lo referente a la responsabilidad individual y colectiva respecto a la salud. Como sugerencias tendientes a mejorar este programa se mencionaron: mejor uso de la radio, mas cooperación entre los países en el intercambio de programas existentes sobre promoción de la salud e involucrar a personalidades importantes de los medios masivos de comunicación en actividades afines.

Analisis de la cooperacion tecnica de la OPS/OMS en Colombia

El Viceministro de Salud de Colombia y el Representante de la OPS/OMS en dicho país presentaron el resultado del análisis de la cooperación técnica de la Organización en Colombia. Se informó que la evaluación motivó cambios significativos en la política nacional de salud basados en la naturaleza real de los problemas de salud y generó una mejoría en la integración interinstitucional entre los seis sistemas de salud que funcionan en Colombia. A la vez se logró una apertura directa con las distintas áreas prioritarias al nivel de municipios y departamentos.

En el debate que se dió a continuación los distintos participantes destacaron la calidad del informe y la metodología del proceso de evaluación. Por otra parte, se mencionó que la situación descrita en Colombia, en cuanto a los efectos perjudiciales que tienen sobre la situación de salud y sobre el sector salud las políticas de ajuste, es un reflejo de lo que sucede en muchos países de la Región.

El Director señaló que no debe confundirse la responsabilidad del Estado por la salud de su población con la prestación de servicios que pueden obtenerse de distintas fuentes, pero que sí debe conservarse la función singular del Estado en la relación de la salud con la equidad, como ente normativo y de arbitraje entre intereses en conflicto.

Programa Regional de Salud Ambiental

Otro asunto considerado por el Subcomité en su 17a Reunión fue el análisis del Programa Regional de Salud Ambiental, con base a un nuevo enfoque para el desarrollo de la salud ambiental en América Latina y el Caribe. Este nuevo enfoque propone una visión interprogramática e intersectorial para la salud ambiental con miras a desempeñar su función en el proceso de toma de decisiones para el desarrollo socioeconómico.

Entre otros comentarios favorables a este nuevo enfoque los miembros del Subcomité subrayaron la importancia del fomento de la salud en un contexto que incluya la participación de la comunidad. Se mencionó con cierta preocupación el impacto económico, tanto como ambiental, que está teniendo las migraciones recientes y las posibles repercusiones que pueden acarrear los recientes pactos regionales de libre comercio.

Salud de los pueblos indígenas

Durante la reunión de abril los miembros del Subcomité fueron unánimes en destacar la importancia del tema y en felicitar al Canadá por haberlo sugerido. Es muy poco lo que se conoce específicamente sobre la situación de la salud de la población indígena por lo que se propone realizar un esfuerzo continental para recopilar y analizar

la información sobre dicha situación así como los servicios de salud interesados en esta población.

Este esfuerzo podría culminar en un plan de acción para una década en apoyo a las acciones presentes y futuras en beneficio de su salud y bienestar. Se consideró como muy importante el que esta iniciativa cuente con la participación activa, señalamientos y guía directa de los pueblos indígenas.

Se propone realizar un taller de ámbito hemisférico en 1993, con sede en Canadá, con plena participación de los pueblos indígenas para analizar la situación y proponer líneas de acción. El Subcomité estimó conveniente que los resultados del taller sean conocidos por los Cuerpos Directivos de la Organización.

Evaluación en la OPS

En la presentación del tema la Secretaría señaló que la evaluación es una de las fases principales en el ciclo de gestión y es el proceso en virtud del cual la Organización procura determinar hasta que punto el trabajo cumplido satisface los objetivos originales y establece las bases para una acción correctiva.

La evaluación, ya de por sí una tarea compleja, resulta aún más difícil de realizar en el área de salud puesto que la causalidad es difícil de establecer. En este sentido se señaló la conveniencia de hacer esfuerzos tendientes a que se puedan medir los resultados o efectos en la salud. Asimismo, se sugirió la posibilidad de que la Organización apoye directamente a los países en ampliar sus propias capacidades de evaluación. Se indicó como conveniente que se instrumente un sistema de monitoreo con respecto a los resultados y acuerdos derivados de las evaluaciones conjuntas que se vienen haciendo sobre los países.

Información pública y comunicación para la salud

Con respecto al programa de Información Pública y Comunicación para la Salud, los miembros del Comité destacaron la importancia e impacto de la comunicación en la promoción de la salud. El Director informó al Comité de algunas acciones de particular importancia emprendidas recientemente en relación a esta temática, tales como el programa apoyado por una contribución especial del Gobierno de los Países Bajos para desarrollar actividades de información pública relacionadas con la epidemia del cólera; la participación de la Organización, conjuntamente con el BID y la OEA en el pabellón del Sistema Interamericano de la Exposición Universal de Sevilla y por el que se prevé que pasen muchos millones de visitantes; y la participación gratuita de la Organización en el satélite especial de comunicaciones, dirigido a la comunidad iberoamericana, para

el desarrollo de actividades de educación continua o de información pública, que lanzará España con motivo de la celebración del Quinto Centenario del Encuentro de dos Mundos.

Otros asuntos

En la reunión de diciembre el Subcomité discutió la suspensión de los programas de cooperación técnica, así como la evacuación del personal de la Organización de la República de Haití como resultado de la situación política que se había suscitado en ese país. La Organización formó parte de la misión de la OEA de carácter humanitario que produjo un informe indicando posibles medidas de emergencia y de carácter humanitario que pudiesen tomarse para aliviar la situación de la población.

En la discusión del informe presentado por el Presidente del Subcomité de Planificación y Programación los miembros del Comité Ejecutivo, en la tercera sesión plenaria, indicaron su satisfacción por el programa de Democracia y Salud y felicitaron a la oficina por esta iniciativa y sobre la que las reacciones de los países del Caribe, de Argentina, Brasil, Chile, Paraguay, Uruguay y Venezuela, entre otros, han sido muy favorables.

El Comité Ejecutivo no estimó necesario adoptar una resolución sobre el Informe del Subcomité de Planificación y Programación.

Tema 3.2: Informe del Subcomite Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo

En la tercera sesión plenaria del Comité Ejecutivo, la Dra. de Rivas, Presidenta del Subcomité Especial sobre la Mujer, Salud y Desarrollo, presentó el informe de la labor realizada por dicho Subcomité desde su última reunión de 1991, refiriéndose en particular a los resultados de la reunión del Subcomité celebrado en la Sede de la OPS en Washington del 6 al 8 de abril del corriente año.

El programa abarcó el informe de las actividades de cooperación técnica que facilitó la Secretaría en 1991 sobre la temática; los resultados del proyecto salud integral de la mujer en Centroamérica y la experiencia concreta de Guatemala; el marco conceptual sobre el autocuidado de la salud de la mujer, así como las conclusiones y recomendaciones del grupo latinoamericano de trabajo sobre dicho tema; la investigación sobre mujer, salud y desarrollo; el tema de mujer, trabajo y salud ocupacional, y el informe de la situación de la mujer en la Secretaría.

Al considerar el informe de actividades el Subcomité reconoció los logros obtenidos y señaló la necesidad de seguir fortaleciendo el papel de liderazgo del Programa Regional

para facilitar la introducción del enfoque de género en todos los programas de cooperación técnica de la Secretaría. Para el año próximo el Subcomité solicitó que el informe sea mas amplio a fin de presentar un resumen de las principales actividades realizadas en los países de la Región, así como los resultados en la aplicación de la Orientación Estratégica sobre Mujer, Salud y Desarrollo.

El Subcomité tomó nota de los resultados del proyecto Salud Integral de la Mujer en Centroamérica, el que entró en una segunda fase de desarrollo con una mayor vinculación a los sistemas locales de salud. En el marco del proyecto se presentó la experiencia de Guatemala, ilustrando las realidades, obstáculos y limitaciones que enfrentan los países azotados por condiciones de pobreza y que redundan con mayor impacto en las posibilidades de desarrollo de la mujer.

Con respecto al marco conceptual del autocuidado de la salud de la mujer se señalaron tres principios que desde la teoría de géneros surgen como un nuevo contenido de la temática: los principios de la autodeterminación, la autoestima y la toma de decisiones. El Subcomité opinó que dicha iniciativa era un aporte en la promoción de la salud de la mujer y para estructurar una política real de su participación en acciones en favor de su propio desarrollo y salud. Recomendó seguir perfeccionando el marco conceptual y solicitó a la Secretaría que elaborara una propuesta de estrategias regionales y líneas de acción concretas.

El Subcomité apoyó las recomendaciones contenidas en el informe sobre las investigaciones sobre mujer, salud y desarrollo, tendientes a fomentar una política de promoción de la investigación en este campo. Se señaló que la falta de información disponible desglosada por sexos continuaba siendo un obstáculo para la investigación.

Con respecto al informe sobre mujer, trabajo y salud ocupacional el Subcomité indicó que este tema debiera considerarse con una perspectiva de género y concluyó que era necesario profundizar en la situación diagnóstica con esa perspectiva con el fin de desarrollar estrategias en este campo.

Por último, el Subcomité consideró la situación de la mujer en la Oficina destacándose su escasa participación en puestos de dirección. Se le pidió a la Secretaría que prepare un estudio sobre las barreras que limitan la contratación de mujeres y que informe al respecto en una próxima reunión.

En el debate que tuvo lugar en el seno del Comité Ejecutivo sobre el tema se consideró preciso promover políticas innovadoras para hacer frente al problema que surge del envejecimiento de la población, especialmente crítica en el caso de la mujer que tiene una mayor expectativa de vida, que habitualmente se casa con hombres mayores y

termina viviendo sola. La mujer anciana tiene serios problemas económicos porque no forma parte de la fuerza del trabajo y cobra una pensión de viudez muy reducida.

Se enfatizó, por otra parte, que además de los problemas de la mujer anciana, están los de la mujer joven, frecuentemente embarazada, en condiciones poco claras legalmente, por lo que este es un sector al que debe concederse la misma atención preferente.

Al igual que en el caso del informe del Subcomité de Planificación y Programación, el Comité no estimó necesario aprobar una resolución sobre este tema.

Tema 3.3: Informe del Jurado del Premio OPS en Administración, 1992

El Jurado del Premio OPS en Administración, compuesto por los representantes de Barbados, Cuba y Honduras, informó al Comité Ejecutivo, en su octava sesión plenaria de la decisión de otorgar el Premio en su edición de 1992 al Dr. Desmond O.N. McIntyre de Dominica, por su destacada contribución en el área de la administración en salud. En la misma sesión plenaria, el Comité aprobó la Resolución XVI tomando nota de dicha decisión y transmitiendo el Informe del Jurado a la XXXVI Reunión del Consejo Directivo.

Tema 4.1: Anteproyecto de Presupuesto por Programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el bienio 1994-1995

El Sr. Taitt, Presidente del Subcomité de Planificación y Programación, presentó el informe del Subcomité en relación a este tema y explicó que la propuesta presentada al mismo, en abril del año en curso, fue recibida favorablemente en términos generales y ascendía a US\$79.355.000, lo que representa un aumento del 11% en relación al del bienio 1992-1993. Puesto que los aumentos de costos relacionados con la inflación y los incrementos obligatorios dispuestos por las Naciones Unidas ascienden a un 16%, se tuvieron que efectuar reducciones en el programa por valor de \$9.625.000, o sea, un 5%, incluyendo la eliminación de 14 puestos.

El Subcomité señaló que el cólera, dada su dimensión política en la Región, debiera quedar reflejada en la propuesta de la OMS y se notó con preocupación las disminuciones en los programas dirigidos fundamentalmente a la promoción de la salud.

En relación a la indicación de la OMS de incrementar recursos en cinco programas prioritarios: proceso de gestión para el desarrollo nacional de salud; organización de los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud; nutrición; fomento de la

higiene del ambiente; y prevención y lucha contra las enfermedades, el Director hizo notar que al tener la propuesta un carácter provisional no se había entrado en un análisis programático y tampoco se habían considerado a fondo los programas prioritarios señalados por la OMS, entre otras razones, por no haber tenido la oportunidad de discutir con los gobiernos individualmente lo que se proponían llevar a cabo en sus países. Tales consultas se realizarían a finales de 1992 cuando se prepare el presupuesto conjunto OPS/OMS.

Con respecto a esas cinco prioridades se observó que tanto en su conceptualización como en su ejecución son muchas las variantes que se dan entre las distintas regiones y los gobiernos. En otras regiones el porcentaje asignado a esas prioridades es de 36,6% en África; 49,3% en el Sudeste de Asia; 13,5% en Europa; 51,4% en el Mediterráneo Oriental; 45,5% en el Pacífico Occidental, y 23,3% en la Sede de Ginebra, mientras que en las Américas es de 60%. Por otra parte, el Subcomité estimó atinada la decisión de seguir cargando los puestos de los Representantes de País en la Región a los fondos ordinarios de la OPS.

En la presentación del tema en la tercera sesión plenaria el Sr. Milam (OSP) explicó que le correspondía al Comité Ejecutivo formular las recomendaciones que estimase pertinentes a la XXXVI Reunión del Consejo Directivo, a celebrarse en septiembre de 1992. A su vez, el Consejo en su carácter de Comité Regional de la OMS para las Américas hace sus recomendaciones al Director General de la OMS. El proyecto regional será parte integrante del proyecto global que se presentará al Consejo Ejecutivo de la OMS, que se reunirá en enero de 1993, y a la Asamblea Mundial de la Salud, que se celebrará en mayo del mismo año.

Señaló que las instrucciones y asignaciones indicadas para 1994-1995 por el Director General de la OMS no contemplaban ningún crecimiento general de programas que excediese del presupuesto por programas para 1992-1993. Estas asignaciones preveían aumentos máximos de costos (obligatorios e inflacionarios) de un 11% (5,4% anual). Con arreglo a esas indicaciones, la cifra tope del proyecto para 1994-1995 es de \$79.355.000. Comparado con el correspondiente a 1992-1993 de \$71.491.000, el aumento máximo del nuevo proyecto es de \$7.864.000 lo que resulta ser inferior en \$1.154.000 a la proyección para el bienio 1994-1995 incluida en el Documento Oficial 239 de la OPS, de mayo/julio de 1991. Señaló el Sr. Milam que del análisis de los cuadros que acompañaban el Documento CE109/8 se desprendía que los recursos asignados a los programas en los países habían crecido del 47,7% del presupuesto total en el bienio 1992-1993 al 49,5% e 1994-1995, lo que equivalía a casi el 66% del aumento indicado de \$7.864.000.

El Director subrayó el hecho de que el anteproyecto presentado es aún preliminar y que el análisis amplio del presupuesto se hará en 1993 junto con el presupuesto

ordinario de la OPS. Recordó, asimismo, que los gastos operativos de la Organización siguen aumentando por encima de las tasas de inflación media en términos de dólares de EE.UU. Uno de los factores que incidieron en ese aumento fue la diferencia entre las tasas de cambio del dólar y las monedas locales y las tasas nacionales de inflación. Al no poder compensar el aumento de gastos con un aumento de las contribuciones se hacía imprescindible reducir el presupuesto. Para hacer frente a esa situación se mantuvo el criterio de privilegiar a los programas de país.

Con respecto a las indicaciones del Director General de la OMS, el Director informó que se había observado el límite de un 11 % para el crecimiento del presupuesto; que con las modificaciones introducidas después de la reunión del Subcomité de Planificación y Programación los cinco programas prioritarios cuentan en la Región con el 61,5 % del total de los recursos (un aumento relativo de casi 3 %). Aunque no se pudo cumplir con el 5 % de aumento indicado por Ginebra, el nivel de los recursos dedicados a esas cinco áreas prioritarias por esta Región de casi 62 % es considerable, sobre todo si se compara con el de la Sede de la OMS que es de un 23 %.

De los comentarios y observaciones hechas por los miembros del Comité cabe destacar la preocupación expresada por el posible impacto que puedan tener los cambios políticos que se están sucediendo en Europa y la posibilidad de que la Federación Rusa que aporta el 10 % del presupuesto de la OMS no cumpla con el pago de su cuota. El impacto en el presupuesto de la OMS se vería reflejado en una reducción de los recursos asignados a la Región de las Américas.

En relación al comentario hecho por uno de los miembros del Comité referente a si la Organización debería seguir la fórmula de la OMS tendiente a reducir el número de programas con el propósito de centrar mas el impacto de sus recursos, se expresó que la política seguida hasta ahora por la OPS era la adecuada. Se mencionaron varios ejemplos de lo adelantada que está la Organización en la concentración de sus actividades que pudieron llevarse a cabo sin perjuicio de seguir actualizando las áreas de acción según las circunstancias. El Director indicó que la OPS ha de dar muestras de creatividad, ha de ser innovadora y no limitarse a seguir la tradición, la rutina. Quienes permanecer como están, sin cambiar, están retrocediendo porque el mundo continua evolucionando.

Finalmente, en la sexta sesión plenaria el Comité aprobó su Resolución VI, en la que recomienda al Consejo Directivo que apruebe el anteproyecto de presupuesto por programas de la OMS para la Región de las Américas para el bienio 1994-1995, de \$79.355.000.

Tema 4.2: Informe sobre el establecimiento y desarrollo inicial del Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ)

En la tercera sesión plenaria el Dr. Arambulo (OSP) informó al Comité que de acuerdo con la Resolución XXI del XXXV Reunión del Consejo Directivo (1991) se había suscrito un acuerdo entre el gobierno argentino y la OPS para el establecimiento del Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis, con sede en Buenos Aires. Esto fue la culminación de una serie de gestiones realizadas por el Director para atender las solicitudes de los ministros de salud y de agricultura de la Región a fin de asegurar la cooperación técnica brindada por la Organización en servicios de referencia internacional para el control de calidad y protección sanitaria de los alimentos, vigilancia y control de la zoonosis y fortalecimiento de los servicios de laboratorio.

La inauguración oficial del Instituto tuvo lugar el 30 de marzo del año en curso. El 23 de abril se estableció el Comité de Programas para la Argentina, que es uno de los cuerpos asesores previstos en el acuerdo que establece el Instituto. La primera reunión del Consejo de Coordinación Internacional tendrá lugar después que el Consejo Directivo, en su XXXVI Reunión, elija tres de sus integrantes. Ya se ha elaborado un programa de actividades para el bienio 1992-1993 y se han realizado actividades de protección de alimentos, especialmente en lo relacionado con el cólera. Se iniciaron las funciones del Instituto como laboratorio de referencia internacional de la OMS para control de calidad de la vacuna BCG, siendo el único en el mundo al no funcionar los de la ex Unión Soviética y Hungría.

Se aprobó el presupuesto para el bienio de 1992-1993 en el que la contribución del gobierno argentino representa el 42 % del total y se elaboró una metodología para realizar el estudio de costos de operación y recomendaciones para el financiamiento del INPPAZ.

En el debate que se dió a continuación de la presentación del Dr. Arambulo, se señaló que el documento daba una cifra de \$3.282.000 como presupuesto total pero no daba un detalle de cómo se asignarían los fondos, ni cuando se concluiría el estudio de costos de operación que regirá el financiamiento del Instituto.

La Secretaría informó que más adelante se podría dar mas detalles sobre la distribución de los recursos y que el estudio de costos que estará concluido para abril de 1993, con los datos acumulados durante 1992, será presentado al Comité Ejecutivo en su reunión de junio de ese mismo año. Respecto a la función del Instituto como centro de información para sustancias biológicas relativas a zoonosis y protección de alimentos, se estimó que podría ser un punto de cooperación dentro del programa SIREVA.

En la sexta sesión plenaria el Comité aprobó su Resolución VII, en la que recomienda al Consejo Directivo que pida a los Gobiernos Miembros su activa participación en el desarrollo del Instituto para el ejercicio pleno de sus funciones regionales, y solicita al Director de la Oficina que complete el estudio financiero y que informe a la XXXVII Reunión del Consejo Directivo acerca del resultado de la discusión del presupuesto del INPPAZ, según lo estipulado en el convenio entre la OPS y el Gobierno de la República Argentina.

Tema 4.3: Plan de Acción para la Eliminación de Deficiencia de Vitamina A de las Américas

El Dr. Daza (OSP), al presentar el tema en la segunda sesión plenaria, informó al Comité Ejecutivo que el plan de acción regional había sido preparado en respuesta a los mandatos de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana y de la XXXV Reunión del Consejo Directivo. La expresión malnutrición por deficiencia de micronutrientes se emplea para indicar la carencia de tres nutrientes esenciales, a saber, hierro, yodo y vitamina A. En América Latina y el Caribe la carencia grave de vitamina A se limita en general a ciertas áreas geográficas de Brasil, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití y México, en particular en el área de Hermosillo.

La vitamina A es un elemento esencial para las funciones fisiológicas normales relacionadas con la visión, la integridad epitelial, la reacción inmunológica y el crecimiento. Su carencia afecta especialmente a los órganos visuales, pudiendo llegar hasta la ceguera, especialmente entre los niños. Hoy en día, con los conocimientos científicos y la tecnología de que se dispone es posible reducir la prevalencia de esa carencia. A ese propósito se preparó el plan de acción que tiene por objeto identificar los grupos de población vulnerables y apoyar la aplicación de medidas coordinadas, integradas, financieramente accesibles y sostenibles, para eliminar la carencia de vitamina A como problema de salud pública para el año 2000.

Para lograr dicha meta se adoptarían las siguientes estrategias: subrayar la importancia de una nutrición rica en vitamina A en apoyo de actividades preventivas para la eliminación de la carencia de vitamina A; evaluar el grado de carencia de vitamina A en ciertos países de la Región; cooperar en la formulación de planes nacionales de acción y la ejecución de intervenciones específicas; implantar un sistema para vigilar el estado de micronutrientes dentro de los sistemas nacionales de vigilancia alimentaria y nutricional, y promover investigaciones operativas en apoyo de las estrategias anteriores. Este es un asunto que también será considerado por la Cuarta Conferencia Internacional sobre Nutrición a celebrarse en Roma en el próximo mes de diciembre .

En el debate del tema se subrayó la importancia de iniciar estrategias idóneas y minimizar las encuestas epidemiológicas. Sin menospreciar la utilidad que éstas tienen para la evaluación de programas, en el caso actual lo que urge es la voluntad y decisión política de los gobiernos y los ministerios de salud y el inicio de intervenciones enérgicas.

Se aclaró que para responder a las demandas de cooperación técnica el Programa de Alimentación y Nutrición de la Organización cuenta con los recursos adicionales de INCAP donde el control integral de las carencias específica de micronutrientes es uno de sus programas prioritarias y el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe. Con respecto a la relación costo efectividad de la suplementación con vitamina A se notó que era una medida muy eficaz en función del costo ya que requiere una baja inversión además de que ayuda a prevenir las enfermedades infecciosas. No se prevé invertir recursos adicionales del presupuesto ordinario puesto que se cuenta con la participación del INCAP y el CFNI y la cooperación de otros programas, en particular el de salud maternoinfantil. Por otra parte se espera movilizar recursos externos y lograr una articulación especial con otras instituciones que se interesan por la carencia de la vitamina A.

En la sexta sesión plenaria el Comité aprobó su Resolución III en la que recomienda al Consejo Directivo que apruebe los objetivos y actividades propuestas en el plan de acción y que inste a los Gobiernos para que formulen planes de acción nacionales que contengan políticas y programas para la eliminación de deficiencias de vitamina A como problemas de salud pública para el año 2000, y fortalezcan la capacidad técnica y administrativa de las instituciones nacionales y locales. Asimismo, pide al Director que proporcione la cooperación técnica necesaria a los países y promueva la movilización de recursos nacionales y externos.

Tema 4.4: Plan de Acción para la Eliminación de la Lepra de las Americas

En la segunda sesión plenaria el Dr. Schmunis (OSP) presentó el plan de acción para la eliminación de la lepra de las Américas para el año 2000, con el objetivo dirigido a la disminución de su presencia a niveles que no representen un problema de salud pública, o sea, menos de un caso por 10.000. Las metas inmediatas (1992) hacen hincapié en la detección intensiva de casos, la vigilancia epidemiológica y la atención a las discapacidades y al tratamiento poliquímico terapéutico (PQT). El plan define los indicadores de eliminación y el procedimiento para certificar la misma.

Señaló que en la actualidad existen aproximadamente 300.000 casos de lepra con una tasa de 4.2 casos por 10.000 habitantes y que en 1991 se habían detectado 30.000

casos nuevos que se extienden por 21 países con una distribución no uniforme, concentrándose la mayoría de ellos en Brasil, Colombia, México y Venezuela. Se cree que con el tratamiento multimedicamentoso de dapsona y rifampicina para los casos paucibacilares y de dapsona, clofacimina y rifampicina para los multibacilares se pueda alcanzar la meta de eliminación, es decir, un caso por cada 10.000 habitantes, ya logrado por el Ecuador.

En la Conferencia para el Control de la Lepra en las Américas, celebrada en México en 1991, se llegó a la conclusión que para lograr la eliminación de la lepra había que reforzar el compromiso político.

Tras un debate en el que se informó, entre otras cosas, que el costo del tratamiento de seis meses con dapsona y rifampicina para los pacientes paucibacilares se estima en US\$3, y el tratamiento con clofacimina, dapsona y rifampicina para pacientes multibacilares se estimaba en \$50 el primer año y \$25 el segundo, y algo menos si se necesita un tercero, el Comité aprobó su Resolución IV en la que recomendó al Consejo Directivo que adopte una resolución aprobando el plan de acción e inste a los Gobiernos Miembros a asignar prioridad política a la ejecución del plan regional de acción; a fomentar el desarrollo y ejecución de planes nacionales de eliminación; a promover la colaboración y articulación entre los diferentes niveles de la administración pública y el sector privado, y comprometer los recursos necesarios para la ejecución de los planes nacionales. Asimismo, se le solicita al Director que, dentro de la disponibilidad de recursos, promueva la cooperación técnica para el reforzamiento de los servicios en epidemiología, diagnóstico, información y vigilancia; apoye el desarrollo de la gestión y la administración de los programas y aplicación del conocimiento epidemiológico; promueva la movilización de recursos institucionales, humanos y financieros, y fomente las actividades de investigación biomédica, epidemiológica, social y de servicios de salud.

Tema 4.5: Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas

El Dr. Zacarías (OSP) presentó el tema en la segunda sesión plenaria e informó que se habían notificado medio millón de casos de SIDA en el mundo de los cuales la mitad aproximadamente correspondían a la Región de las Américas. Sin embargo, las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud arrojan cifras tres veces más altas, o sea, alrededor de un millón y medio de casos reales.

En la Región se observa un aumento notable en la transmisión heterosexual y en la transmisión asociada con el consumo de drogas por vía endovenosa, con un incremento concomitante de la infección con VIH en mujeres, adolescentes y niños. Según ciertas estimaciones, habría ya en la Región dos o dos millones y medio de personas infectadas: un millón en Norteamérica y de un millón a un millón y medio en América Latina y el Caribe, con lo que empieza a perfilarse una gravísima situación que inevitablemente

tenderá a empeorar en los próximos años. En relación a la utilización de fondos canalizados por conducto del Programa Mundial del SIDA, el 21 % (US\$3 millones) fue destinado a diversas actividades regionales y entre países, y el resto 79 % (\$11.5 millones) se utilizaron directa e íntegramente en los países. Uno de los problemas hallados es la dificultad en la coordinación y continuidad de las diversas actividades dentro de los países. Desde 1988 a la fecha hubieron 54 cambios de directores de programas nacionales en 20 países de la Región, desempeñando sus funciones en un tiempo claramente insuficiente para llevarlas a cabo con éxito.

Los objetivos del programa mundial y regional siguen siendo los mismos: a) prevenir la infección con VIH; b) reducir las repercusiones personales y sociales de la infección, y c) intensificar y unificar los esfuerzos nacionales e internacionales contra el SIDA. Las nuevas prioridades para la década de los 90, resultantes de la reciente revisión de la estrategia mundial, son: mayor énfasis a la provisión adecuada y equitativa de la atención de la salud; tratamientos amplios y más eficaces para otras enfermedades de transmisión sexual que aumentan el riesgo de la transmisión del VIH; reducción de la vulnerabilidad especial a la infección por el VIH que tienen las mujeres y sus hijos; creación de un ambiente social que de mayor apoyo a la prevención del SIDA; y planificación inmediata que prevea las repercusiones socioeconómicas de la pandemia.

En el debate que se dió a continuación de la presentación del Dr. Zacarías se señaló que en aras de una concepción amplia de derechos humanos habría que considerar los puntos de vista de las personas afectadas en sus derechos como consecuencia de la enfermedad. Se indicó la necesidad de trabajar más en la prevención de la contaminación por VIH que por los casos reales de SIDA.

La Secretaría, respondiendo a las observaciones formuladas por los miembros del Comité, manifestó que se siguen haciendo esfuerzos, algunos con éxito, por incrementar la participación de las organizaciones no gubernamentales en los programas nacionales del SIDA. La OPS promueve decididamente la investigación biomédica en varios países a fin de producir vacunas y otros medicamentos seguros, prácticos y eficaces. Reconoce que la tuberculosis es quizás la enfermedad indicadora más importante de la presencia de SIDA y en tal sentido se están realizando investigaciones con el Instituto de Alergias y Enfermedades Infecciosas de los Estados Unidos.

El Director hizo notar que parecería haberse llegado a un momento psicosociológico de acostumbramiento y de creciente complacencia en aceptar lo inevitable y convivir con el SIDA. Por otro lado en los países más ricos se aprecia un cierto cansancio o cierta dificultad para apoyar las actividades contra el SIDA. EL Programa Mundial sobre el SIDA de la OMS ha llegado a un punto de estancamiento si no de retroceso en cuanto a la disponibilidad de recursos. Se nota también un cierto cansancio y se está perdiendo

algo del liderazgo que ninguna otra organización puede desempeñar, aunque se mencione la posibilidad de que otras organizaciones puedan tomarlo.

La coordinación ha sido considerada por el Comité de Gestión del Programa Mundial como uno de los aspectos más importantes, no solo entre los diversos organismos internacionales sino también dentro de los países donde no se ha promovido un nivel adecuado de participación de los demás sectores en una lucha contra el SIDA coordinada por el sector salud.

En su Resolución V, aprobada en la sexta sesión plenaria, el Comité recomienda al Consejo Directivo que apruebe una resolución por la que, entre otras cosas, adopte las estrategias actualizadas y prioridades del Programa Mundial del SIDA; exhorta a los países a que intensifiquen los esfuerzos nacionales de prevención del SIDA; movilicen y aseguren la dedicación de recursos y la participación multisectorial; refuercen y otorguen la máxima prioridad a las actividades del programa de control de la tuberculosis, y protejan los derechos humanos de los infectados con VIH/SIDA.

La resolución también solicita a las agencias bilaterales y multilaterales, organizaciones no gubernamentales y voluntarias que intensifiquen sus actividades de apoyo a la lucha mundial contra el VIH/SIDA. Al Director se le pide que promueva un abordaje interprogramático e interagencial, continúe desarrollando actividades de apoyo a los países, y explore fuentes de recursos y mecanismos para apoyar el fortalecimiento de los programas nacionales de prevención de VIH/SIDA/ETS.

Tema 4.6: Plan de Acción para la Erradicación de la Transmisión Autoctona del Poliovirus Salvaje en las Américas

El Dr. de Quadros (OSP) presentó el informe que da cuenta de los últimos acontecimientos a nivel nacional y regional, a los esfuerzos realizados para erradicar la poliomielitis del Hemisferio Occidental, así como los dirigidos a aumentar el control o eliminar otras enfermedades prevenibles por vacunación.

El 3 de agosto de 1991 se registró el último caso confirmado de poliomielitis, en Junín, Perú, una zona conmovida por conflictos armados. Es de destacar la dedicación de los trabajadores de salud que aún corriendo grandes riesgos personales penetraron en esa zona en conflicto para investigar los casos de poliomielitis y vacunar a miles de niños. Son estos trabajadores los que han conseguido que la Región de las Américas sea la primera del mundo libre de poliomielitis. Por otra parte, también se ha logrado inmunizar al 80% de la población prevista con las vacunas del Programa Ampliado de Inmunización.

Destacó que gracias a la vacunación con toxoide tetánico la incidencia del tétano neonatal ha disminuido. La mayoría de los 478 municipios identificados como de alto riesgo en 1988-1989 están ya exentos de la enfermedad con lo que queda demostrada la idoneidad de la estrategia desarrollada por la Región. Este tema será uno de los puntos principales a ser considerados por la reunión de las Primeras Damas de Latinoamérica.

En relación a la parálisis flácida aguda el sistema de vigilancia ha llegado en la Región a su más alto nivel al ser 20.000 unidades de salud las que elaboran informes semanales.

El sarampión continúa disminuyendo. La campaña iniciada en 1991 en el Caribe de habla inglesa ha tenido mucho éxito y en 1992 se empezaron similares campañas en Chile y Brasil, alcanzándose cotas extraordinarias. En Chile se vacunaron a cuatro millones de niños lo que representa el 99% de la población de menores de 15 años, y en Brasil a 50 millones de niños de esa edad, lo que representa la mayor campaña de vacunación jamás realizada. En Centroamérica, aunque se ha formulado un plan para la eliminación del sarampión, no se ha podido iniciar por la falta de recursos que para el período 1992-1997 se estiman en unos \$20 millones. El grupo de expertos, convocado por el Director para estudiar la posibilidad de su eliminación en el Hemisferio, opinó que era demasiado pronto para ello y recomendó que se apoyaran las iniciativas en marcha en distintos países dentro del contexto de las medidas adoptadas para fortalecer las infraestructuras de salud y descentralizar los servicios. En relación a la consolidación de la campaña de la poliomielitis, comprobando que no hay focos ocultos, el Director ha nombrado una Comisión Internacional de certificación que está preparando un borrador de certificación que probablemente será sometido a la consideración de los Cuerpos Directivos en 1993.

Destacó el Dr. de Quadros, como un problema importante, la captación de recursos financieros para el programa que para el próximo quinquenio se estima se necesite unos \$700 millones solo para los 14 países que ya han formulado sus planes quinquenales.

Los miembros del Comité fueron unánimes en felicitar a la Secretaría por el éxito que está teniendo el programa, pues hablar del éxito de la campaña de vacunación es hablar del éxito de la OPS en el seguimiento de los programas y la obtención del compromiso de los países y de la participación de otros organismos.

El Director destacó que son los países los que merecen las felicitaciones por la buena marcha del programa, pues no se hubiera podido lograr sin su voluntad y determinación de respetar la salud como algo importante y prioritario. Advierte, sin embargo, que no es el momento de descansar sobre los laureles y descuidarse, pues los problemas pueden reaparecer. Hay que insistir en consolidar lo ganado y alcanzar nuevas metas. Asimismo, el Director apuntó como aspecto importante el que la

Organización haya superado el pseudoconflicto entre las intervenciones específicas, incluso las campañas, y el fortalecimiento de la infraestructura de los servicios regulares de salud, es decir, la verticalidad versus la horizontalidad. Lo logrado en la lucha contra la poliomielitis ha sido una aportación excelente al desarrollo de la infraestructura permanente de servicios de salud. Esta experiencia del PAI sería analizada, por un grupo de trabajo independiente y de alto nivel, desde la perspectiva de su impacto, positivo o negativo, en el desarrollo de la infraestructura permanente de servicios de salud. La OPS busca también los medios de informar al público en general sobre lo que es en realidad el sector salud y para comienzos de 1993 se piensa llevar a cabo una teleconferencia que llegará a todos los países con el propósito de demostrar los resultados obtenidos con los programas de inmunización y para fomentar la continuidad de ese esfuerzo así como de otras actividades.

Por último, el Comité en su octava sesión plenaria aprobó la Resolución VIII en la que recomienda al Consejo Directivo que apruebe una resolución en la que, entre otras cosas, felicita a todos los interesados por los esfuerzos realizados, reconoce el apoyo económico aportado por distintos organismos, y pide al Director que inicie la ejecución de un plan para la certificación de la erradicación de la poliomielitis y utilice la incidencia del tétanos neonatal como indicador del desempeño de los servicios de salud maternoinfantil.

Tema 4.7: Salud integral de los adolescentes

El Dr. Serrano (OSP) presentó un plan de acción regional que permite intensificar la cooperación técnica en apoyo a la creación de programas nacionales de salud integral de los adolescentes.

Señaló que desde una perspectiva biológica y de comportamiento, el período de la adolescencia y de la juventud determina la situación de salud del adulto. En esa etapa se afirman las actitudes, creencias y estilos de vida que, a su vez, serán determinantes de la salud, bienestar y ajuste social en los períodos siguientes. Las necesidades de salud de los adolescentes no han sido evaluados en forma cabal, especialmente por falta de datos y de participación del grupo, aunque se reconoce como factores que repercuten en ella los embarazos no deseados, los abortos inducidos, la mortalidad materna alta, las enfermedades de transmisión sexual, los accidentes, el grave y creciente problema del abuso de drogas, el consumo de tabaco y alcohol, sustancias psicoactivas y el SIDA.

Ante tal situación y como consecuencia de las dificultades que los contextos socioeconómicos de América Latina y el Caribe presentan, hay que hacer frente a tres grandes desafíos básicos: la desigualdad de oportunidades del grupo; la necesidad de incrementar los niveles de prevención, y el necesario aumento del grado de satisfacción

de las necesidades de salud, bienestar y desarrollo del joven. Para hacer frente a ellos se requiere fortalecer los sectores de desarrollo social, entre ellos la salud, la educación, el trabajo, la promoción social y el recreo así como lograr la coordinación de políticas, planes y programas de forma intersectorial. La respuesta de la OPS se enmarca en el plan de acción del programa regional que comprende tres objetivos básicos: desarrollar la optimización, participación y desempeño de las redes de modelos locales de salud del adolescente en los países; desarrollar una metodología para adecuar los servicios existentes a la atención integral de la salud del adolescente; y desarrollar recursos humanos en los distintos niveles. El enfoque del programa cuenta con un fuerte componente de tipo social.

Del debate que se dió en la cuarta sesión plenaria cabe mencionar los comentarios que indicaron la necesidad de que el enfoque del mejoramiento de la calidad de vida de los adolescentes se sustente en un concepto amplio que no quede restringido solamente a la salud, y la conveniencia de que sea un programa integrado de carácter interinstitucional o intersectorial. Se subrayó la utilidad de hacer hincapié en la labor educativa y en el sector educativo que debiera convertirse en socio imprescindible en el fomento de la salud. Deben desplegarse esfuerzos para articular la salud con la educación en general y con el sistema formal de enseñanza en particular.

Por medio de su Resolución IX el Comité recomienda al Consejo Directivo que apruebe el plan de acción presentado por la Secretaría, e insta a los Gobiernos a que, entre otras cosas, desarrollen o fortalezcan las iniciativas nacionales para promover la salud integral del adolescente, estrechen los vínculos de colaboración entre las entidades responsables de la salud del adolescente, y establezcan y fortalezcan la colaboración entre los ministerios de salud y educación para programas específicos. Al Director la misma resolución le encarga continúe los esfuerzos para la movilización de recursos y determine la fecha apropiada para evaluar el progreso del plan. Además, se le recomienda apoye el desarrollo y difusión del marco teórico conceptual del programa.

Tema 4.8: Conversión de deuda para la salud

El Sr. Taitt, Presidente del Subcomité de Planificación y Programación, presentó el informe del Subcomité con respecto al tema de la conversión de deuda para la salud y señaló que en época de serias limitaciones económicas y presupuestarias los esquemas de conversión de deuda tienen el poder de multiplicar los recursos de salud, al mismo tiempo que ofrecen a los gobiernos de la Región un alivio de la carga de su deuda. Consecuentemente la Secretaría había formulado un proyecto al respecto y visitado varios Países Miembros para consultarlos sobre la factibilidad de proseguir con las conversiones de deuda por recursos para la salud. Siete gobiernos fueron seleccionados para la promoción de la conversión.

El Subcomité discutió el papel que desempeñaría la Organización en dicha actividad perfilándose tres funciones: facilitar colaboración técnica a los países para desarrollar proyectos de salud apropiados; suministrar apoyo especializado para la redacción de legislación sobre conversión de deuda, y promover ante las autoridades del país deudor las conversiones de deuda en el sector salud. Se informó al Subcomité que no se utilizan fondos ordinarios del presupuesto para esta iniciativa y que se trabaja con el personal de la Sede y el de las representaciones, con y por medio del ministerio de salud. El Director Adjunto indicó que la conversión de la deuda debiera considerarse como una iniciativa que trata de identificar posibles fuentes de recursos y que de no interesarse en ellas serían oportunidades perdidas por el sector salud y aprovechadas por otros. Por otra parte habían organismos donantes que acarrean sumas importantes de deuda que han indicado a la Organización que verían con agrado el que se interesase en fomentar este concepto en el sector salud por que de otra forma esas sumas se dirigirán hacia otros sectores.

En su presentación el Sr. Vieira (OSP) informó que como resultado de un año de experiencia en la promoción de la iniciativa llevado a cabo en respuesta al mandato del Consejo Directivo, la Secretaría se había percatado de que se hacía necesario tender puentes entre los distintos sectores, tales como el financiero y el de salud que con frecuencia no habían trabajado juntos con anterioridad. Las dificultades halladas radican más bien en convencer a las personas involucradas sobre el potencial de la conversión de la deuda como una fuente alternativa de fondos, que en la mecánica actual para realizar las transacciones.

A tales efectos se distribuyó una publicación explicando el concepto de la iniciativa a todos los gobiernos de la Región, así como a otras regiones de la OMS, a agencias del sistema de las Naciones Unidas y a donantes bilaterales. Asimismo, se visitaron 11 países de América Latina y tres del Caribe con el propósito de aclarar el tipo de apoyo que pudiera ser necesario al nivel de país para el desarrollo de la iniciativa. Por otra parte la Organización había negociado con la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional y con la Oficina UNICEF en Bolivia, un proyecto de conversión de la deuda por un monto de US\$5 millones y que se invertirían en proyectos de salud materno-infantil. También, se mantuvieron los contactos con posibles socios y donantes, tales como el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial, el Banco Interamericano, y con un número de gobiernos miembros del Club de París.

En vista de los cambios recientes sucedidos en el mercado de la deuda comercial y la tendencia a condonar la deuda bilateral, la Organización estima que puede ser más productivo el dedicar sus esfuerzos a la conversión de la deuda bilateral. En la actualidad tanto Estados Unidos de América como Belgica han declarado oficialmente estar dispuestos a considerar propuestas de conversión de deuda durante las negociaciones

de préstamo bilaterales que se llevan a cabo en el Club de París. A tales propósitos la Organización tratará de reforzar sus contactos con los gobiernos miembros del Club para interesarles en la conversión de la deuda con programas de salud.

En el debate que se dio en la quinta sesión plenaria uno de los miembros sonó una nota de cautela en cuanto al nivel que debiera incrementarse el rol de la Organización en esta actividad en vista de que solo unos pocos países habían mostrado un interés inicial en este plan. Por otra parte otros miembros señalaron ser procedente el continuar con la iniciativa por los beneficios que puedan derivarse de ella para el sector salud y por el hecho de que ciertos países donantes han indicado su voluntad de apoyar programas de conversión de la deuda.

Por último en la octava sesión plenaria el Comité aprobó su Resolución XI en la que recomienda al Consejo que adopte una resolución en la que solicite a las autoridades económicas de los países acreedores que, al renegociar la deuda de los países en desarrollo, consideren con carácter prioritario la conversión de deuda por recursos para financiar programas de salud. Insta a las autoridades económicas de los países deudores a que asignen prioridad a proyectos de salud siempre y cuando realicen operaciones de conversión de su deuda externa en recursos para financiar proyectos en los respectivos territorios. Asimismo, solicita al Director que continúe los esfuerzos para ayudar a los países a explorar otras alternativas para el financiamiento de sus programas de salud, mediante no solo la conversión de su deuda comercial, sino también la renegociación, reestructuración y condonación de su deuda oficial. Se le pide también que promueva ante las agencias financieras internacionales el interés en apoyar proyectos de salud a través de los mecanismos de conversión de deuda por ellas operados.

Tema 4.9: Salud y turismo

El Sr. Taitt, Presidente del Subcomité de Planificación y Programación, informó al Comité que el tema "Salud y Turismo" había sido considerado por el Subcomité, primero en su reunión de diciembre en 1991, y luego en la de abril del año en curso. El tema se enmarca dentro del contexto de la orientación estratégica de Salud y Desarrollo aprobado por la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana en 1990. El principal interés de la OPS es la salud de la población local, pero la interacción entre los sectores de salud y turismo es vital para los dos. Se presentaron datos sobre los aspectos económicos del turismo y varias facetas de la relación salud y turismo. La salud física y ambiental local puede tener un impacto positivo o negativo sobre el turismo, así como la salud del turista puede tener, y de hecho tiene, sus efectos sobre la salud de la población local.

Se estuvo de acuerdo en reconocer la importancia del tema en vista del impacto del turismo en la economía y por ende en el desarrollo de los países. Una versión revisada del documento fue considerada por el Subcomité en su reunión de abril y a su vez por el Comité Ejecutivo.

En su presentación del tema en el Comité Ejecutivo el Dr. Alleyne (Subdirector) indicó que las proyecciones al año 2000 revelaban que el turismo sería el componente principal de la economía mundial, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo, por lo que el sector salud no puede permanecer ajeno al desarrollo de dicha industria. Indicó que el documento llamaba la atención a seis áreas de interacción entre salud y turismo: problemas de salud del turista; información sobre salud para los turistas; servicios de salud para los turistas; la relación entre turismo y la salud de la población local, siendo ejemplo de ello la epidemia del cólera que resultó en la ruina de la industria turística de un País Miembro; la relación del turismo con el entorno físico, y por último, el turismo de salud o viajes por motivos de salud.

Una encuesta realizada por la Organización dio por resultado la falta de coordinación en los países entre los sectores salud y turismo. Por otra parte se señaló que varios programas de la Organización, como parte integrante de su cooperación técnica, sí llevan a cabo actividades que atañen al turismo, como es el caso del área del saneamiento del ambiente y protección de los alimentos. Para coordinar las actividades de la Organización en esta área el Director creó un grupo interprogramático con representantes de las áreas de Desarrollo de Programas de Salud y de Infraestructura de Sistemas de Salud. Uno de sus primeros pasos fue establecer contacto con instituciones que pudieran interesarse en la materia, tales como la Organización Mundial del Turismo y la Organización de los Estados Americanos que cuenta con un largo y amplio historial en la materia y donde en una reciente reunión de ministros de turismo se expresó gran interés por colaborar en el área de salud y turismo.

Subrayó el Dr. Alleyne que, mientras que el enfoque de otras organizaciones se centra en la salud del turista, el interés de la Organización sigue siendo la salud de la población local y como puede verse afectada por el turismo.

Los miembros del Comité expresaron su interés por la temática que resulta ser de importancia tanto para los países en vías de desarrollo en los que el turismo es de gran relevancia económica como en los países más avanzados donde el turismo va adquiriendo cada vez más importancia por su contribución a la economía. Se tomó nota de la experiencia cubana donde se ha elaborado un programa de atención al turista, destinado principalmente a garantizar su salud, tanto para prevenir enfermedades como para recobrar la salud. Asimismo, podría desarrollar el turismo de la tercera edad ya que acaba de inaugurar el Centro Geriátrico Internacional.

Por otra parte el Comité fue informado de que a raíz de la epidemia del cólera en el Perú, se calculó que el país había dejado de recibir ingresos por valor de \$125 millones por falta de turismo. Dado la variedad de tipos de turismo, se hace imprescindible disponer de información de toda índole y de contar con el sector privado. Asimismo es muy importante que los países coordinen las actividades e intercambien información sobre esta materia.

El Comité Ejecutivo en su octava sesión decidió en su Resolución X recomendar al Consejo Directivo que adopte una resolución aprobando las propuestas de cooperación técnica de la Organización e inste a los Gobiernos Miembros a que estudien las posibilidades de interacción entre salud y turismo en el contexto de salud y desarrollo como un mecanismo que pueda fortalecer el sector salud, y que promuevan el desarrollo de actividades conjuntas entre los sectores de salud y turismo.

Tema 4.10: Salud de los trabajadores

En la quinta sesión plenaria el Dr. Durão (OSP) presentó el tema indicando que el objetivo principal de la iniciativa "1992: Año de la Salud de los Trabajadores" es lograr que los países formulen y ejecuten un plan nacional de desarrollo de salud de los trabajadores con líneas de acción dirigidas a incrementar la disponibilidad y utilización de los servicios de salud de los trabajadores con la coordinación de instituciones gubernamentales, de las empresas y de los propios trabajadores; fomentar la participación de los medios de información masiva y educación, y desarrollar alternativas para incorporar la salud ocupacional en la atención primaria de salud en los servicios locales de salud.

Lo anterior tiene como antecedentes el que se haya generalizado el reconocimiento de que la responsabilidad por la salud de los trabajadores tiene que ser compartida entre el gobierno, los sectores empresarial, estatal y privado y los trabajadores. Los ministerios de trabajo no tienen capacidad para garantizar las prestaciones a las personas y sus recursos son limitados para poder aplicar las leyes sobre ambiente de trabajo y técnicas laborales. Por otra parte, la seguridad social solo ofrece asistencia curativa y compensaciones financieras a trabajadores enfermos y no se ocupa de los aspectos preventivos. Señaló, asimismo, el impacto económico que representa el ausentismo, que representa el 10% del producto bruto nacional de los países de América Latina. Asimismo, el costo de la atención médica y técnica preventiva para evitar accidentes y enfermedades profesionales es mucho mas bajo que el costo de la asistencia médica curativa.

En el curso del debate que se dio en el seno del Comité se informó que en la reunión del Parlamento Latinoamericano celebrado en marzo de 1992 el tema de la salud

de los trabajadores fue discutido a fondo, en vista de que en la Región ocurren anualmente 10 millones de accidentes laborales y 50.000 muertes. En la reunión se hizo hincapié en la necesidad prestar atención al hecho de que los adolescentes y los niños trabajadores no están protegidos por la seguridad social.

También se indicó que el tema era un componente influyente en el proceso político de las negociaciones para establecer los acuerdos de libre comercio entre los países de la Región. Se llamó la atención a los riesgos ocupacionales que enfrentan, cada vez con mayor frecuencia, los trabajadores de la salud que aunque participan en el desarrollo de programas para otros trabajadores no se han creado programas similares para ellos.

La Resolución XII, aprobada por el Comité Ejecutivo en su octava sesión plenaria, sugiere al Consejo Directivo que apruebe una resolución apoyando la declaración sobre salud de los trabajadores y el plan de acción; insta a los Gobiernos a que mantengan la decisión política de implantar los planes nacionales de desarrollo de la salud de los trabajadores, establezcan programas específicos para los trabajadores del sector salud y identifiquen y movilicen los recursos necesarios para apoyar la salud de los trabajadores y los planes nacionales respectivos. Al Director le pide que dentro de la disponibilidad de recursos continúe cooperando con los gobiernos en la evaluación de las políticas y planes nacionales, promueva la coordinación interprogramática e interinstitucional, y continúe la actividad de la Comisión Organizadora de la Iniciativa "Año de la Salud de los Trabajadores".

Tema 5.1: Informe sobre la recaudación de las cuotas

En la primera sesión plenaria el Sr. McMoil (OSP) informó al Comité Ejecutivo que al 1° de enero de 1992 el total del saldo deudor en concepto de cuotas correspondiente a años anteriores a 1992 ascendía a US\$38.529.150. De ese saldo, se recibió, entre el 1° de enero y el 17 de junio del año en curso, un total de \$13.433.442 con lo que el saldo deudor se redujo a mediados de junio a \$25.095.078. Posteriormente se recibió un pago de Honduras y del Reino Unido por un total de \$36.182,52 con lo que se redujo el saldo adeudado a \$25.058.896. La cifra correspondiente a fechas similares en el año 1991 ascendía a \$6.060.304.

Con respecto a las contribuciones del año 1992, cinco miembros habían pagado la totalidad de su cuota, 17 lo habían hecho en parte, y 16 no habían contribuido nada. A la fecha de la reunión del Comité, se habían recibido \$18.092.875 como parte de las cuotas asignadas para 1992, lo que representa el 25% de total de las cuotas asignadas para este año, comparado con el 41% en 1991 y el 16% en 1990, en fechas similares.

Sumadas las cuotas atrasadas y las corrientes el total recaudado asciende a \$31.562.500, lo que representa aproximadamente el 44% del total de las asignaciones correspondiente al año 1992.

En cuanto a la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución a los Gobiernos Miembros atrasados en el pago de sus cuotas, el Sr. McMoil recordó que la XXXV Reunión del Consejo Directivo (septiembre 1991), después de estudiar la situación de cada uno de los países con atrasos y de haber tomado conocimiento del informe del Grupo de Trabajo encargado del estudio de la aplicación del Artículo 6.B, aprobó una resolución pidiéndole al Director que notificase a Antigua y Barbuda, Guatemala, Haití, República Dominicana y Suriname que de no recibir la Secretaría propuestas específicas y aceptables para el pago de sus cuotas se les retiraría el derecho al voto. Asimismo, dicho Consejo Directivo endosó la recomendación del Grupo de Trabajo de que todas las propuestas de pago diferidos de sus cuotas sean consideradas como compromisos firmes y sin opción a modificarse.

A la fecha de la 109ª Reunión del Comité Ejecutivo, Antigua y Barbuda tenía una deuda de \$61.594 que se remonta a 1988. El último pago recibido por la Secretaría data de noviembre de 1990 y fue por una suma de \$2.000. Hasta la fecha el Gobierno no ha establecido un plan diferido para el pago de su deuda ni se ha comunicado con la Organización en relación con este asunto. Guatemala debe \$441.789 de los cuales aproximadamente \$42.000 corresponden a 1988. Aunque la Secretaría recibió \$80.210 durante 1991, en lo que va del año 1992 no se ha recibido nada más. Por otra parte, Guatemala tampoco ha cumplido con su compromiso de pagar de acuerdo con lo establecido por la Conferencia Sanitaria Panamericana en 1990. Al 1º de enero de 1992 la deuda de la República Dominicana ascendía \$770.949. Bajo el aprobado plan de pagos diferidos, en 1992 se deberían haber recibido \$700.949 y los restantes \$70.000 en 1993. Hasta la fecha de la Reunión del Comité solo se habían recibido \$129.547, lo que significa que de acuerdo con el plan aprobado quedaba pendiente de pago \$571.402. Haití, al 1º de enero de 1992 debía \$368.528, correspondiendo \$108.582 a las cuotas de 1988 y 1989. El Gobierno aportó \$74.090 como parte de la cuota de esos dos años con lo que persiste un saldo pendiente de \$34.492 para evitar la aplicación del Artículo 6.B. La actual situación política ha interferido la tramitación del pago de sus cuotas. Suriname queda exceptuado de la aplicación del Artículo 6.B al haberse recibido durante 1992 una suma de \$197.159 que corresponde al total de sus cuotas para los años 1988, 1989 y 1990. Debido al cúmulo de atrasos en el pago de sus cuotas en la fecha de la Reunión del Comité, cinco países más pueden verse afectados por la aplicación del Artículo 6.B: Bolivia, Cuba, Guyana, Nicaragua y Perú.

En la sexta sesión plenaria el Comité aprobó su Resolución I en la que recomienda al Consejo Directivo que las restricciones relativas al derecho al voto contenidas en el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS se apliquen rigurosamente a aquellos

Gobiernos Miembros que, para la fecha de apertura de dicha reunión, no hayan cumplido las disposiciones de la Resolución XII de la XXV Reunión del Consejo Directivo en lo que atañe a la situación del pago de sus cuotas.

Tema 5.2: Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1990-1991

En la presentación del tema intervinieron el Sr. McMoil (OSP) y el Sr. Press, en representación del Auditor Externo. Este explicó que de acuerdo al Artículo XII del Reglamento Financiero de la Organización se habían examinado los detalles de las transacciones financieras de la Organización durante el período 1º de enero de 1990 al 31 de diciembre de 1991 y los estados financieros que reflejan la situación financiera de la Organización al 31 de diciembre de 1991. Asimismo, su auditoría incluyó al Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Como resultado de las verificaciones sustantivas realizadas el Auditor Externo pudo emitir un dictamen sin reservas sobre los estados financieros de la Organización y del INCAP.

En relación a la recaudación de las cuotas el Auditor indicó que la Organización había recaudado el 71% de las cuotas correspondientes al bienio 1990-1991 y la recaudación de las contribuciones atrasadas correspondientes a ejercicios anteriores alcanzó el 96% de lo adeudado con lo que se compensó el desnivel de las cuotas correspondientes a 1990-1991. La recaudación de las cuotas del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) por un total del 29% de las cuotas correspondientes a 1990-1991 resultó ser el nivel más bajo de las cuotas recaudadas en los últimos seis bienios. CAREC registró un déficit en las operaciones financiadas con cargo al Presupuesto Ordinario de \$159.980 transferidos del Fondo de Trabajo. El Centro, con la aprobación debida, transfirió además \$300.000 del Fondo de Trabajo a un nuevo Fondo de Reserva para Edificios, con lo que al 31 de diciembre de 1991 el saldo del Fondo de Trabajo era de \$502.226, algo muy por debajo del nivel establecido por el Consejo del CAREC en 1991. El Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe tuvo que enfrentar serias dificultades financieras durante el bienio 1990-1991. Solo pudo recaudar el 18% de las cuotas asignadas para el bienio y 51% de las adeudadas por bienios anteriores. El resultado es el déficit de \$302.449 en el Fondo de Trabajo. A menos que mejore la recaudación de las cuotas, el Instituto no podrá mantener su programa de actividades y de no contar con otras fuentes externas de financiamiento la viabilidad del Instituto a largo plazo es incierta.

La situación financiera del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa es estable. Un superávit de un millón de dólares resultante de la venta de vacunas fue suficiente para compensar los \$305.000 adeudados por el país huésped. Sin embargo, en el futuro el Centro puede que se vea imposibilitado de contar con tales excedentes en efectivo puesto que al 31 de diciembre de 1991 los saldos deudores por la venta de vacunas ascendían

a \$1.871.186. Al 31 de diciembre de 1991 el costo del cierre del Centro Panamericano de Zoonosis fue de \$1.051.316. Los procedimientos aplicados para la clausura de las actividades fueron proyectados y ejecutados en forma adecuada y la Organización abrigaba esperanzas en poder recaudar las cuotas adeudadas por el país huésped durante el actual bienio. El Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME) experimentó algunos problemas de flujo de efectivo que se resolvieron mediante recursos aportados por la Organización. En 1991 se firmó un nuevo convenio, con el país huésped con lo que se espera se establezca una base financiera más sólida.

En relación al Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) el Auditor se refirió a las distintas medidas y controles introducidos por la Administración y que habían dado por resultado una situación satisfactoria en cuanto a los requisitos operativos a corto plazo. A más largo plazo, se está considerando implantar un nuevo sistema computarizado de contabilidad general. En 1991 mejoró considerablemente la recaudación de las cuotas, tanto las correspondientes a ese año como las atrasadas, alcanzando el nivel más alto de los últimos cinco años. Con respecto al año 1991, se recaudó el 36% del total de las cuotas de ese año y el 63% de las contribuciones adeudadas de ejercicios financieros anteriores. En lo concerniente a los fondos de reserva, la auditoría reveló una insuficiencia de controles en la previsión para la liquidación de haberes al personal y en la reserva para la reposición de equipos y vehículos del Instituto. Al no existir topes financieros ni instrucciones escritas que limitasen el nivel de los recursos o que especificasen su uso, el Instituto no podía confirmar si el nivel de las reservas es igual o excedía las necesidades de recursos, ni tampoco verificar adecuadamente si los fondos se aplicaban para los fines previstos.

El Sr. McMoil (OSP), en la presentación del Informe Financiero del Director, señaló que la Organización seguía experimentando un crecimiento continuo en sus programas. El total de gastos durante el bienio 1990-1991 ascendió a \$369.959.031 lo que representa un aumento de aproximadamente del 19% en relación al bienio anterior. Por otra parte la recaudación del 71% de las cuotas correspondientes al mismo bienio había sido inferior a la expectativa de la Secretaría.

El presupuesto de la Organización aprobado y asignado para 1990-1991 era de \$145.599.550, de los que había que restar \$15.576.550 asignados para la igualación de impuestos, lo que daba un presupuesto efectivo de trabajo de \$130.023.000. En el curso de la ejecución del presupuesto se hicieron varias transferencias entre las distintas partes del presupuesto. La transferencia de \$3.341.780 de la Parte I del presupuesto a las partes II y III excedió en \$1.608.150, la autoridad de transferencia de un 10% que posee el Director, que en este caso ascendía a \$1.733.270. En cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 4.5 del Reglamento Financiero, el Director solicitaba el acuerdo del Comité Ejecutivo por dicha transferencia.

Aunque solo se recibió \$86.754.865, o sea el 70% de las cuotas correspondientes al bienio 1990-1991, también se recibió \$35.909.461, equivalente al 96% de las cuotas pendientes de pago de ejercicios anteriores. Los ingresos varios recibidos sumaron \$13.875.658, lo que resulta ser \$8.875.658 superior a la estimación presupuestaria de \$5.300.000 para el bienio. Estos dos factores incidieron en un excedente de operación de \$6.518.161. De ese superávit, y de acuerdo con las disposiciones vigentes, el Director estableció una cuenta especial de \$5.973.000 para hacer frente al aumento que se estima se de en 1992-1993 como consecuencia de las diferencias entre las tasas de cambio y el nivel inflacionario. El saldo restante de \$545.161 se rige por el Artículo 103.4 de las Reglas Financieras que establece que cualquier ingreso que haya sido superior a los gastos al final de un ejercicio financiero se depositará en una cuenta especial hasta que el Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana decida sobre el uso de esos fondos. Con respecto a los fondos fiduciarios, el Sr. McMoil señaló que aunque la Secretaría veía con satisfacción la evolución favorable de la situación financiera de esos fondos no por eso dejaba de tomar medidas para incrementar el ritmo de reembolso de gastos con cargo a esos fondos.

Pasó revista a los distintos estados financieros incluidos en el Documento Oficial 248 referentes a la OPS; al Centro de Epidemiología del Caribe que cerró el año 1991 con un déficit de \$159.980 con cargo al presupuesto ordinario; al Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe, que también terminó el ejercicio financiero con un déficit de \$133.534 que sumado al déficit de \$168.915 que existía al 31 de diciembre de 1989, arrojaba un déficit total de \$302.449 en el Fondo de Trabajo al cierre de 1991; y al Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, cuya situación financiera había mejorado como resultado del pago oportuno de las cuotas, de los esfuerzos del personal del Instituto, así como del asesoramiento y colaboración prestada por la Administración de la Sede.

En su presentación el Director se refirió a los \$545.161 que exceden del superávit registrado para el bienio y sugirió como posible destino de esos fondos tres alternativas excluyentes: conservarlos como reserva para contribuir a financiar el presupuesto de 1994-1995; utilizarlos como "capital simiente", para el propuesto fondo de inversiones destinados a financiar actividades de medio ambiente y salud, o emplearlos en los siguientes programas prioritarios: \$150.000 para actividades de emergencia en la lucha contra el cólera; \$150.000 para actividades de salud de los trabajadores, y \$245.161 para fortalecer la estrategia de promoción de la salud.

El consenso del Comité, que quedó reflejado en su Resolución II, fue el asignar esos fondos a estos tres programas prioritarios. En el debate que se suscitó en el seno del Comité uno de los miembros señaló que para evitar superávits como el que se dio este bienio, como consecuencia de los ingresos varios que excedían en unos \$8 millones las estimaciones hechas por la Secretaría, estas debieran ser mas exactas en el futuro. A este

respecto el Director informó que a diferencia de la OMS donde los ingresos varios se acumulan durante dos años antes de presupuestarlos, en la OPS se trabaja con proyecciones de ingresos "futuros", es decir con una estimación de lo que se espera sea una realidad y sobre la que inciden factores como la fluctuación de las tasas de interés, la incertidumbre sobre el pago de las cuotas, y las variaciones de los recursos extrapresupuestarios.

Los aproximadamente \$100 millones que figuran en el activo se componen principalmente del efectivo en caja, depósitos a plazo e inversiones, y de fondos fiduciarios que aún no fueron gastados. Esto es resultado de la administración cuidadosa de la OPS que funciona con recursos disponibles únicamente, evitando tener que recurrir a los gobiernos para la aprobación de presupuestos suplementarios. En cuanto a la pérdida de casi un millón de dólares por diferencias en el tipo de cambio de la moneda, la Secretaría informó que la pérdida había sido con cargo a fondos fiduciarios y obedecía a que la Organización aplica el tipo de cambio indicado por las Naciones Unidas mientras que el banco central del país en cuestión había insistido en otro. Las negociaciones al respecto duraron seis meses y no se obtuvieron resultados satisfactorios. Por otra parte, se señaló que al contrario de lo ocurrido en algunos años anteriores, en el último bienio las operaciones de cambio han rendido beneficios.

Con respecto al cierre del Centro Panamericano de Zoonosis el Director informó que se gastaron casi \$1.700.000 en pagar a los funcionarios cesantes, suma que no procedía del presupuesto ordinario sino del fondo de pagos a funcionarios cesantes. Por otra parte, al haber suspendido el Centro sus actividades el 31 de abril de 1991, no llegaron a gastarse los \$1.280.000 de los recursos ordinarios aprobados para el Centro. Aunque al mes de junio de 1992 no se habían recibido las contribuciones comprometidas para el funcionamiento del Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ) el Director manifestó su confianza en el Gobierno argentino y en los compromisos que ese Gobierno ha asumido con la Organización.

Por último el Comité en su sexta sesión plenaria aprobó su Resolución II en la que entre otras cosas, aprueba la transferencia de \$1.608.510 de la Parte I del presupuesto, según lo estipulado en el Reglamento Financiero; toma nota del desmejoramiento de las finanzas de CAREC y CFNI e insta a sus miembros a pagar sus cuotas pendientes; y recomienda al Consejo Directivo que apruebe la utilización del excedente de \$545.161 para dotar de mayores recursos a los programas de: cólera, salud de los trabajadores y la promoción de la salud. Asimismo, la resolución felicitó al Director por los fructíferos esfuerzos que ha realizado para mantener a la Organización en una firme y equilibrada situación financiera.

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

El Sr. Tracy (OSP), al presentar el tema en la séptima sesión plenaria, informó al Comité que se había completado, dentro del presupuesto estimado de \$493.000, el reemplazo de las unidades de ventilación y del equipo accesorio de control automático en el edificio de la Sede. Se ha iniciado el trabajo de instalación de un sistema de emergencia que incluye un sistema paralelo de suministro eléctrico para los ascensores, la instalación de detectores de humo, y el reemplazo del sistema de alarma en caso de incendios. Asimismo, se concluyó dentro del presupuesto asignado de \$22.000, el techo nuevo para la sala de conferencias y el pasillo del segundo piso del edificio de la Oficina de la OPS en Lima.

La 45ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de este año, aprobó se destinase \$113.750, de un total de \$455.000 que cuesta reparar la pared decorativa exterior de la Sala de Conferencias de la Sede, y \$20.000, para el reemplazo del techo que cubre la misma sala y que se estima cueste \$80.000. No se proponen nuevos proyectos para el año 1993 pero se avisó de que, debido a los cambios que se están dando en las disposiciones del Gobierno de los Estados Unidos de América relativos al uso de refrigerantes, es de suponer que su impacto económico pueda llegar al millón de dólares, si es que se hace necesario modificar significativamente el funcionamiento y el mantenimiento de los sistemas de aire acondicionado y de refrigeración del edificio de la Sede.

No fue necesario adoptar una resolución sobre este tema.

Tema 5.4: Nuevo edificio de la Sede de la OPS

El Sr. Tracy (OSP) presentó el tema del nuevo edificio de la Sede en la séptima sesión plenaria e informó al Comité que desde septiembre de 1991 se llevan a cabo negociaciones con los propietarios del solar de la Avenida Wisconsin, de una extensión de 14 acres (unas 6 hectáreas) y que satisface los requisitos de la Organización en prácticamente todos los aspectos. Estas negociaciones han resultado más lentas de lo previsto pero se ha logrado que el apoderado de la institución propietaria del terreno firmase un documento estableciendo un cronograma con miras a llegar a un acuerdo, que incluya el precio de compra, a más tardar el 15 de septiembre de 1992. Una vez la Secretaría haya recibido una propuesta definitiva, incluyendo el precio, se convocaría al Grupo de Trabajo compuesto de tres países, hacia mediados de septiembre de 1992 a fin de que formule las recomendaciones del caso al Comité Ejecutivo que se reuniría a finales de septiembre de este mismo año.

El Comité Ejecutivo no adoptó ninguna resolución sobre este tema.

Tema 5.5: Enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

El Comité Ejecutivo, después de escuchar las explicaciones dadas por la Secretaría con respecto a las modificaciones introducidas en el Reglamento del Personal para ponerlo en consonancia con lo aprobado por el Consejo Ejecutivo de la OMS, aprobó su Resolución XIV. En ella se confirman las enmiendas introducidas por el Director con respecto a la supresión del incentivo financiero para el personal de servicios generales de contratación no local; la escala de contribuciones del personal de la categoría de servicios generales; la escala de sueldos y la escala de contribuciones aplicables a los puestos de categoría profesional y de directores.

Asimismo el Comité, tomando en cuenta la recomendación del Consejo Ejecutivo de la OMS y de la Asamblea Mundial de la Salud respecto de la remuneración de los Directores Regionales y el Director General Adjunto y el Director General, fijó los sueldos del Director Adjunto y del Subdirector de la OPS. Por otra parte recomienda al Consejo Directivo que fije el sueldo neto anual del Director en \$82.297 (con familiares a cargo) y un \$73.824 (sin familiares a cargo) con vigencia el 1 de marzo de 1992.

Tema 6.1: Intervención del Representante de la Asociación del Personal de la OPS/OMS

El Sr. Chacón (Asociación del Personal) en su presentación al Comité señaló que el personal es consciente de la difícil situación financiera que atraviesa la OPS así como la crisis económica que afecta a la OMS por lo que se ha creado un ambiente de inseguridad al no conocerse como se perfilará la relación laboral en el futuro, aunque cabía destacar que el Director les había informado que a menos que se produjera un recorte sustancial en los ingresos, no habría reducción del personal en el futuro. A ese respecto, sugirió al Comité Ejecutivo la creación de un comité adjunto que estudie las formas apropiadas de evitar un futuro desastre financiero.

Indicó que la Asociación del Personal no pretende sobrepasar los límites de su jurisdicción ni coadministrar la Organización, pues eso es competencia exclusiva del Director. Por otra parte hizo notar que no siempre se habían llevado a cabo con la Asociación las consultas previas previstas en los reglamentos lo que ha resultado en un número considerable de apelaciones que se podrían haber evitado si se hubiera consultado oportunamente con el personal. Aun reconociendo el liderazgo de la OPS en el empleo de mujeres, que en la Sede ocupan el 29.4% de los puestos de categoría profesional, la Asociación sugiere una meta del 35% para el año 1995.

La Secretaría hizo notar que la Oficina experimenta una gran dificultad en cuanto a consultar a la Asociación con respecto a los cambios en el Reglamento del Personal

debido a las diferencias entre el calendario de actividades de la OPS y el de la OMS. Solo después de que el Consejo Ejecutivo y la Asamblea Mundial de la Salud han intervenido es que esos cambios son efectivos por la OPS.

Uno de los miembros del Grupo de Trabajo que se ocupa del asunto del nuevo edificio de la Sede dejó aclarado que dicho grupo había tomado muy en cuenta los intereses del personal en sus deliberaciones sobre el terreno a adquirirse.

El Comité no estimó necesario aprobar una resolución sobre este tema.

Tema 6.2: Resoluciones y otras acciones de la 45ª Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS

En la octava sesión plenaria el Dr. Knouss, Director Adjunto, presentó el Documento CE109/23 en el que se facilita una información amplia y completa sobre lo acontecido durante la 45ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra del 4 al 14 de mayo de 1992 y en la que se aprobaron 35 resoluciones.

El Dr. Knouss hizo notar que algunos de los temas tratados por la Asamblea también eran motivo de consideración particular del Comité Ejecutivo, como es el caso de la estrategia mundial por la prevención y control del SIDA; las estrategias nacionales para la eliminación de la malnutrición por deficiencia de micronutrientes, salud y medio ambiente, y vacunación y calidad de las vacunas. Destacó, asimismo, un número de resoluciones como las relativas a la salud y desarrollo infantil dado su interés para el programa de salud materno-infantil de la Región; la resolución sobre la nutrición del lactante y del niño, la relativa a la armonización de las reglamentaciones farmacéuticas; criterios éticos de la OMS para la promoción de medicamentos; programa internacional de seguridad de las sustancias químicas.

Las Discusiones Técnicas versaron sobre el importante tema de la mujer, salud y desarrollo al que la Región contribuyó en forma destacada tanto en la preparación de la sesión como en las discusiones mismas. Otro tema de particular interés para la Región fue el de la admisión de Puerto Rico como Miembro Asociado de la OMS. Asimismo, Canadá, Jamaica y México fueron elegidos para que designen miembros del Consejo Ejecutivo de la OMS.

El Comité no adoptó ninguna resolución sobre este tema.

Tema 6.3: Instituto Panamericano de Bioética

En la presentación del tema, el Director indicó que se trataba de una iniciativa que se justificaba por la importancia de los problemas éticos que han surgido no solo con la aplicación de los nuevos conocimientos de la ciencia y la tecnología médica sino también en relación con la vida y la muerte de las personas. Los problemas éticos de la prestación de servicios de salud y la distribución de sus beneficios debe preocupar a la Organización en interés de sus Gobiernos Miembros.

En vista del interés manifestado por la Universidad de Chile, la OPS entró en contacto con el Gobierno y con la misma Universidad para estudiar las posibilidades de acción para crear un foro de coordinación de estudios y análisis de los problemas bioéticos teniendo en cuenta las condiciones culturales específicas de los países latinoamericanos y del Caribe. Aunando el interés de la Universidad de Chile y el del Gobierno de ese país a la capacidad institucional de la Organización se podría establecer un instituto que sería un núcleo de recursos mínimos básicos con la función de realizar análisis o estudios de cooperación y adiestramiento con el objetivo fundamental de apoyar el desarrollo institucional de ese sector en los países de América Latina y el Caribe. De aceptarse la iniciativa, la Oficina continuaría las negociaciones con las autoridades chilenas para poder presentar a la próxima reunión del Subcomité de Planificación y Programación una propuesta más completa, que ulteriormente en 1993 se llevaría al Comité Ejecutivo y, si este lo estima conveniente, al Consejo Directivo para su aprobación.

En el debate subsiguiente los miembros del Comité expresaron su apoyo a la iniciativa dada su importancia y estuvieron de acuerdo en que se proceda a efectuarse los correspondientes estudios de factibilidad en términos programáticos, institucionales y presupuestarios para que se sometan a la consideración del Subcomité de Planificación y Programación, al Comité Ejecutivo y al Consejo Directivo.

Tema 7.1: Actualización sobre la epidemia del cólera

De la información que facilitó el Dr. Brandling Bennett (OSP) se desprende que a finales de diciembre de 1991, 15 países de las Américas habían notificado un total de 391.219 casos de cólera lo que representa el 70% de todos los casos notificados en el mundo, y se extienden desde Estados Unidos de América en el norte hasta Chile en el sur, y desde Piura en Perú a Belén en Brasil. Se dieron 4.002 muertes. En los primeros cinco meses y medio de 1992, cuatro países más resultaron infectados, lo que hace un total de 19 países. Se notificaron 203.600 casos, lo que constituye el 79% de los casos a escala mundial. En 10 de los países infectados en 1991 se notificaron mas casos en 1992 que en el año anterior. Si bien el número de casos notificados ha descendido desde

marzo, los niveles de transmisión continuaron siendo altos en varios países de Centro y Sudamérica. A pesar de la evidencia del éxito de las medidas tomadas por los gobiernos por controlar esta situación, el cólera sigue constituyendo una importante amenaza en toda la Región. Entre los vehículos del agente transmisor se incluyen el agua de los sistemas municipales, pozos de poca profundidad, agua de beber sin hervir, bebidas y alimentos comprados a vendedores ambulantes, moluscos, crustáceos y pescados crudos.

La Secretaría pasó revista a las distintas acciones tomadas por la Organización tanto bajo la fase de emergencia con una duración de tres años, como bajo la fase de inversión de una duración de 12 años que se presentó a la consideración del Comité bajo el tema "Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud". Asimismo la Organización ha reunido más de \$21 millones para las acciones relacionadas con el cólera y continúa prestando apoyo a los países en la obtención de recurso adicionales. Se mencionó, asimismo, la labor de coordinación que desempeñan las Oficinas de País y Centros de la OPS/OMS, la participación del Programa para el Control de las Enfermedades Diarréicas, la vigilancia e investigaciones de campo, la elaboración de un manual estándar para el diagnóstico de laboratorio, la participación del Programa de Salud Ambiental para mejorar la calidad del agua, la inocuidad de los alimentos, asunto del que se encarga el Programa de Salud Pública Veterinaria, la información y comunicación social, la realización de un ensayo de la fase II de la vacuna en Colombia y la preparación de un protocolo para el ensayo de la fase III.

En el debate que se suscitó algunos de los miembros resaltaron la evolución de la epidemia en sus países y aportaron datos recientes. Se hizo hincapié en la importancia de las medidas de prevención tomadas por uno de los países libres de la infección y que se centró, entre otras, en la educación de la población para que no deje de adoptar imprescindibles medidas de higiene, en el control de las aguas, de los alimentos, y de los turistas que padecen procesos diarreicos. Se felicitó reiteradamente a la Secretaría por la excelente y oportuna cooperación técnica brindada a los países de la Región en esta materia.

No se adoptó ninguna resolución sobre este tema.

Tema 7.2: Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud

El Sr. Taitt (Presidente del Subcomité de Planificación y Programación) informó al Comité en su séptima sesión plenaria que el Subcomité había considerado el tema del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud durante sus reunión de abril del año en curso. En ella el Director hizo una elocuente presentación del tema recordando que la idea de proponer un ambicioso plan de inversiones en salud y ambiente nació del resurgimiento del cólera en la Región, lo que evidenció algo por todos conocido, pero

que por consideraciones sociopolíticas quedaba oculto, y son las profundas deficiencias e insuficiencias en las condiciones de vida y particularmente en la infraestructura del ambiente y salud en la Región. El Plan preve un ambicioso régimen de inversiones en salud y ambiente.

Los miembros del Subcomité expresaron su apoyo unánime a la iniciativa que consideran como fundamental. Aunque reconocieron que el brote de cólera había servido de estímulo para la realización de algunas obras de emergencia estas no resolvían los problemas de fondo, como son el abastecimiento de agua, la eliminación de excretas y la contaminación de cauces de agua. Se subrayó lo imprescindible que resulta la voluntad política y que quizás el momento actual sea propicio para lograr ese compromiso y se recomendó a los Gobiernos de la Región a que abogasen en favor de la inclusión del tema en la agenda de la II Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado a celebrarse en Madrid, en julio de este año.

El Director expuso que, aprovechando el choque psicosocial creado por el cólera, en la I Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado, celebrada en Guadalajara, México, se propuso la idea de aprovechar la oportunidad suscitada por el cólera para hacer un esfuerzo concertado con el objeto de corregir las extraordinarias deficiencias en la infraestructura ambiental y de salud y, por extensión, de las condiciones de vida de grandes grupos de población de las Américas, y reducir la extraordinaria deuda social que existe especialmente en salud. Los participantes en la citada Cumbre aceptaron la idea de elaborar un plan de carácter regional y el Consejo Directivo, al considerar el tema del cólera en su reunión de septiembre de 1991, encargó a la Secretaría que elaborara un plan de inversiones a largo plazo para corregir esas deficiencias.

El plan es una estrategia de acción en el sentido de que propone una idea rectora y la movilización de recursos y esfuerzos tendientes a constituir un instrumento que facilite el esfuerzo concertado de los países y de la Región como un todo, encaminados hacia la meta de una cobertura universal con servicios esenciales de salud en un ambiente con equidad. Constituye, asimismo, un marco de referencia para la acción de la sociedad, de los gobiernos y de las organizaciones internacionales.

El monto del plan está estimado en \$216.000 millones y cubre un período de 12 años, de 1993 a 2004. De esta suma, \$25.000 millones son costos financieros, de lo que resulta que el costo neto de las inversiones que se proponen sea de alrededor de \$190.000 millones para el período mencionado. La mayor parte de esas inversiones van destinadas al medio ambiente: agua potable, saneamiento, evacuación de residuos sólidos y protección de las fuentes y de la calidad del agua. El resto se comparte entre la infraestructura física para prestación de servicios de atención a las personas. Del análisis

de la financiación del plan se concluye que es factible de llevarse a cabo, obteniéndose cerca del 70% de los recursos necesarios de fuentes internas de los propios países y el 30% restante procedería de fuentes externas.

El plan estaba siendo discutido en la Secretaría ad hoc de la II Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado, para su inclusión en el programa definitivo de la reunión, a celebrarse en Madrid a fines de julio del año en curso.

Como componente importante en el desarrollo de una acción inmediata está la constitución de un fondo de inversión que se propondría asimismo a la Cumbre. El programa se nutriría de aportaciones de carácter voluntario cuyo monto inicial sería de \$20 millones para apoyar a los países en la movilización de sus propios recursos, en las actividades de preinversión, en estudios sectoriales y en la preparación de proyectos de inversión propiamente dichos. En la fase siguiente se integrarían las actividades relacionadas con el proceso que el plan debe generar en los programas normales de la Organización.

En el debate que suscitó en la séptima sesión plenaria, los miembros del Comité expresaron su satisfacción por la forma que había evolucionado la iniciativa y felicitaron al Director por el esfuerzo realizado. Aunque algo ambicioso, estimaron el plan regional de inversiones así como la constitución de un fondo de preinversión como muy importante y necesario ya que ofrece la oportunidad para la reasignación de recursos internos y una reorientación de los recursos externos. Se aclaró que el plan es solo una estrategia, un marco de referencia y un proceso. Las ideas y principios expuestos son orientadores para las decisiones internas de cada país.

El Comité no estimó necesario adoptar una resolución sobre este tema.

Tema 7.3: Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo

La Secretaría informó al Comité sobre la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, celebrada en Rio de Janeiro del 3 al 14 de junio del presente año y en la que participaron 170 países. La Conferencia culminó con la Reunión Cumbre más concurrida en la historia, con la asistencia de 110 Presidentes o Jefes de Estado.

La Conferencia aprobó cuatro documentos de importancia trascendentes:

- a) "Declaración de Rio sobre el Ambiente y el Desarrollo", que establece una serie de principios éticos considerando al ser humano como el eje de las preocupaciones centrales;
- b) "Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático", cuyo

contenido va dirigido a prevenir los cambios del clima de la tierra y sus efectos adversos; c) "Convenio sobre la Diversidad Biológica", que reconoce el valor intrínscico de la diversidad biológica y de los valores ecológicos genéticos, sociales, económicos, científicos, educativos, culturales, recreativos y estéticos de la misma, y d) "Adopción de acuerdos sobre el Medio Ambiente y Desarrollo, Programa 21". El "Programa 21" aborda los problemas acuciantes de hoy y trata también de preparar al mundo para los desafíos del próximo siglo y se desglosa en 40 capítulos. El sexto, sobre protección y fomento de la salubridad, menciona como áreas prioritarias de salud: la atención primaria, el control de las enfermedades transmisibles, los programas de erradicación de la poliomielitis y de control del sarampión, identificación de grupos vulnerables, y aumento de las actividades de saneamiento urbano y la reducción de riesgos ocasionados por contaminantes ambientales.

La OMS ha programado una reunión para el mes de octubre de este año para establecer las prioridades en esta área, tanto a nivel de la Sede como de las regiones.

El Comité no estimó necesario adoptar una resolución sobre este tema.

Otros asuntos

Admisión de Puerto Rico como Miembro Asociado de la OPS

En la octava sesión plenaria la Secretaría informó al Comité Ejecutivo que el 23 de junio de 1992 se había recibido una comunicación del Gobierno de los Estados Unidos de América solicitando la admisión de Puerto Rico como Miembro Asociado de la Organización Panamericana de la Salud. Al respecto se recordó que la 45ª Asamblea Mundial de la Salud en su Resolución WHA45.3 admitió a Puerto Rico como Miembro Asociado de esa Organización.

Se señaló que la Constitución de la OPS no contempla tal condición. De un análisis de los acuerdos suscritos entre la OMS y la OPS así como de las decisiones de los Cuerpos Directivos se desprende que la condición jurídica de Miembro Asociado de la OMS no otorga el derecho a participar en el Comité Regional de la OMS para las Américas. Para hacerlo es preciso otorgar una condición análoga al amparo del espíritu de la Constitución de la OPS.

En el debate de la cuestión el Comité Ejecutivo aceptó el concepto de que en el espíritu de la Constitución de la OPS cabe considerar otorgar a Puerto Rico la condición de Miembro Asociado de la OPS. Asimismo decidió que la solicitud, junto con un documento que exponga los antecedentes que fueren del caso, sea enviado a los gobiernos y luego sometido a la consideración de la XXXVI Reunión del Consejo Directivo. Este

debiera considerar tanto el procedimiento a seguirse en la creación de la categoría de Miembro Asociado, o similar en la OPS, con las obligaciones y derechos inherentes, como la solicitud de admisión de Puerto Rico.