



**ORGANIZACIÓN  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD**

XL Reunión

**ORGANIZACIÓN  
MUNDIAL  
DE LA SALUD**

XLIX Reunión



Washington, D.C.  
Septiembre de 1997

*Tema 3.1 del programa provisional*

CD40/7 (Esp.)

22 julio 1997

ORIGINAL: ESPAÑOL

**INFORME ANUAL DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ EJECUTIVO**

A continuación se presenta el informe sobre las actividades llevadas a cabo por el Comité Ejecutivo y sus subcomités entre septiembre de 1996 y septiembre de 1997. Durante el período que abarca el presente informe, el Comité Ejecutivo celebró dos sesiones: la 119.ª sesión, el 27 de septiembre de 1996, y la 120.ª sesión, del 23 al 26 de junio de 1997. Los subcomités del Comité Ejecutivo se reunieron como sigue: el Subcomité de Planificación y Programación celebró su 27.ª sesión del 4 al 6 de diciembre de 1996, y su 28.ª sesión los días 3 y 4 de abril de 1997; el Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo celebró su 17.ª sesión los días 1 y 2 de abril de 1997.

La 119.ª sesión del Comité Ejecutivo contó con la asistencia de los representantes de los siguientes miembros del Comité: Bahamas, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Estados Unidos de América, Panamá, Paraguay, y Saint Kitts y Nevis. Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá y Venezuela estuvieron representados como observadores.

La 120.ª sesión contó con la asistencia de los representantes de los siguientes miembros del Comité: Bahamas, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Estados Unidos de América, Panamá, Paraguay, y Saint Kitts y Nevis. También estuvieron presentes observadores de Brasil, Canadá, Cuba, España, Francia, el Reino Unido, Uruguay y Venezuela, así como de cuatro organizaciones intergubernamentales y de cuatro organizaciones no gubernamentales.

Los siguientes Estados Miembros fueron elegidos para integrar la Mesa Directiva de la 119.<sup>a</sup> y de la 120.<sup>a</sup> sesiones: Costa Rica (Presidencia), Estados Unidos de América (Vicepresidencia) y Chile (Relatoría).

Durante la 119.<sup>a</sup> sesión, Bahamas, Colombia y Panamá fueron elegidos para formar parte del Subcomité de Planificación y Programación al haber concluido los mandatos de Bolivia, Canadá y Uruguay en el Comité Ejecutivo. Paraguay fue elegido para formar parte del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales al haber concluido el mandato de Bolivia en el Comité Ejecutivo. Bahamas, Chile y Costa Rica fueron elegidos para formar parte del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo al haber concluido los mandatos de Bolivia, Canadá y Uruguay en el Comité Ejecutivo. El Comité también fijó las fechas para la 27.<sup>a</sup> y la 28.<sup>a</sup> sesiones del Subcomité de Planificación y Programación; el 120.<sup>o</sup> sesión del Comité Ejecutivo; y el XL Consejo Directivo de la OPS. A petición del Director, el Comité accedió a que la Secretaría fijara las fechas de la 17.<sup>a</sup> sesión del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, y será en esa oportunidad cuando se examinen las funciones y el mandato de dicho subcomité. El Comité aprobó una resolución y adoptó siete decisiones, que aparecen, junto con un resumen de las deliberaciones, en el Informe Final de la 119.<sup>a</sup> sesión (anexo A).

Durante la 120.<sup>a</sup> sesión, el Comité designó a los representantes de Costa Rica y Bahamas para representarlo en el XL Consejo Directivo, XLIX Comité Regional de la OMS para las Américas, y seleccionó a los representantes de Chile y El Salvador como suplentes de Costa Rica y las Bahamas, respectivamente. También aprobó el programa provisional de temas para el XL Consejo Directivo. El Comité tomó nota de los informes del Subcomité de Planificación y Programación; el Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo; el Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, y el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales.

Los siguientes temas del programa también se trataron durante la 120.<sup>a</sup> sesión:

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

- Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud correspondiente al ejercicio económico 1998-1999, Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud correspondiente al ejercicio económico 2000-2001, Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el ejercicio 2000-2001
- Recopilación y utilización de datos básicos de salud
- Salud oral
- Salud de los adolescentes

- Nutrición
- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas
- Informe de la X Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial
- Salud de los pueblos indígenas
- Enfermedades no transmisibles
- Salud mental
- Vacunas e inmunización
- Informe sobre el dengue, el dengue hemorrágico y la fiebre amarilla
- Análisis del Programa de Salud y Ambiente

**Asuntos administrativos y de política financiera**

- Informe sobre la recaudación de las cuotas
- Informe financiero parcial del Director para 1996
- Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
- Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles, y mantenimiento y reparación de los edificios propiedad de la OPS
- Edificios de las oficinas de campo de la OPS

**Asuntos de información general**

- Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS
- Resoluciones y otras acciones de la 50.ª Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS

El Comité Ejecutivo aprobó 22 resoluciones y tomó cinco decisiones que aparecen, junto con un resumen de las ponencias sobre cada tema y los debates subsiguientes, en el Informe Final de la 120.ª sesión (anexo B).

**Anexos**

*comité ejecutivo del  
consejo directivo*



**ORGANIZACIÓN  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD**

*grupo de trabajo del  
comité regional*



**ORGANIZACIÓN  
MUNDIAL  
DE LA SALUD**

119.ª Reunión  
Washington, D.C.  
Septiembre 1996

CD40/7 (Esp.)  
Anexo A

---

CE119/FR (Esp.)  
27 septiembre 1996  
ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLÉS

**INFORME FINAL**

## ÍNDICE

	<i>Página</i>
<b>Apertura de la reunión</b> . . . . .	4
<b>Asuntos relativos al reglamento</b> . . . . .	4
Mesa Directiva . . . . .	4
Adopción del programa de temas . . . . .	4
<b>Elección de miembros para integrar los comités y subcomités del Comité Ejecutivo</b> . . . . .	5
Elección de tres miembros para integrar el Subcomité de Planificación y Programación . . . . .	5
Elección de un miembro para integrar el Comité Permanente sobre Organizaciones No Gubernamentales . . . . .	5
Elección de tres miembros para integrar el Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo . . . . .	5
<b>Reuniones de los Cuerpos Directivos</b> . . . . .	5
Análisis del desarrollo y contenido de la XXXIX Reunión del Consejo Directivo, XLVIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas . . . . .	5
Resoluciones de la XXXIX Reunión del Consejo Directivo, XLVIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, de interés para el Comité Ejecutivo . . . . .	6
Fechas y temas propuestos para la 27.ª y la 28.ª reuniones del Subcomité de Planificación y Programación . . . . .	6
Términos de referencia del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo y fechas de la 17.ª reunión . . . . .	7
Fechas de la 120.ª Reunión del Comité Ejecutivo . . . . .	7
Fechas de la XL Reunión del Consejo Directivo, XLIX Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas . . . . .	8
<b>Otros asuntos</b> . . . . .	8
<b>Resoluciones y decisiones</b> . . . . .	8
CE119.R1 Fechas de la XL Reunión del Consejo Directivo, XLIX Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas . . . . .	8

## ÍNDICE

*Página*

### **Resoluciones y decisiones (cont. )**

CE119(D1) Adopción del programa de temas . . . . .	9
CE119(D2) Elección de tres miembros para integrar el Subcomité de Planificación y Programación . . . . .	9
CE119(D3) Elección de un miembro para integrar el Comité Permanente sobre Organizaciones No Gubernamentales . . . . .	9
CE119(D4) Elección de tres miembros para integrar el Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo . . . . .	9
CE119(D5) Fechas y programas de temas para la 27.ª y la 28.ª reuniones del Subcomité de Planificación y Programación . . . . .	10
CE119(D6) Fechas de la 120.ª Reunión del Comité Ejecutivo . . . . .	10
CE119(D7) Fechas de la 17.ª Reunión del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo . . . . .	10

- Anexo A: Programa de temas
- Anexo B: Lista de documentos
- Anexo C: Lista de participantes

## INFORME FINAL

### Apertura de la reunión

La reunión plenaria única de la 119.ª Reunión del Comité Ejecutivo se celebró en el edificio de la sede de la Organización Panamericana de la Salud, el 27 de septiembre de 1996. La reunión contó con la asistencia de representantes de los nueve miembros del Comité Ejecutivo, a saber: Bahamas, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Estados Unidos de América, Panamá, Paraguay, y Saint Kitts y Nevis. También estuvieron presentes observadores por Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá y Venezuela.

El Dr. George A. O. Alleyne, Director de la OPS, declaró abierta la reunión y dio la bienvenida a los asistentes, extendiendo una bienvenida especial a los nuevos miembros del Comité, que son: Colombia, Panamá y Paraguay. También expresó la esperanza de que miembros anteriores y otros Estados Miembros de la Organización siguieran asistiendo a las reuniones del Comité como observadores.

### Asuntos relativos al reglamento

#### *Mesa Directiva*

El Comité eligió la siguiente Mesa Directiva:

<i>Presidente:</i>	Costa Rica	Dr. Hermán Weinstok
<i>Vicepresidente:</i>	Estados Unidos de América	Sra. Linda Vogel
<i>Relator:</i>	Chile	Dr. Manuel Inostroza

El Dr. George Alleyne actuó como Secretario *ex officio* y el Dr. David Brandling-Bennett, Director Adjunto de la OPS, actuó como Secretario Técnico.

#### *Adopción del programa de temas (documento CE119/1)*

El Comité adoptó el programa provisional de temas (decisión CE119(D1)).

**Elección de miembros para integrar los comités y subcomités del Comité Ejecutivo*****Elección de tres miembros para integrar el Subcomité de Planificación y Programación***

Se eligió a Bahamas, Colombia y Panamá para integrar el Subcomité de Planificación y Programación por haber llegado a su término el mandato de Bolivia, Canadá y Uruguay en el Comité Ejecutivo (decisión CE119(D2)).

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

Se eligió a Paraguay para integrar el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales por haber llegado a su término el mandato de Bolivia en el Comité Ejecutivo (decisión CE119(D3)).

***Elección de tres miembros para integrar el Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo***

Se eligió a Bahamas, Chile y Costa Rica para formar parte del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo por haber llegado a su término el mandato de Bolivia, Canadá y Uruguay en el Comité Ejecutivo (decisión CE119(D4)).

**Reuniones de los Cuerpos Directivos*****Análisis del desarrollo y contenido de la XXXIX Reunión del Consejo Directivo, XLVIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas***

El Comité expresó satisfacción general con la reunión del Consejo Directivo y con las resoluciones aprobadas. La calidad de los documentos y la labor cumplida por el Subcomité de Planificación y Programación y el Comité Ejecutivo antes de la reunión del Consejo se consideraron factores clave del éxito alcanzado por la reunión. Sin embargo, se señaló que los debates sobre algunos temas técnicos del programa habían sido sumamente largos, principalmente porque muchos delegados habían relatado con detalles las experiencias o las iniciativas en marcha en sus países. Si bien no cabe duda de que tales intercambios de experiencia son útiles, debe tenerse presente que la función principal del Consejo Directivo es la de dar orientación y establecer políticas para el trabajo de la Organización. También se señaló que el examen previo de todos los temas sustantivos que hacen el Subcomité de Planificación y Programación y el Comité Ejecutivo, además de la inclusión en los documentos de trabajo de información concreta sobre las cuestiones de política y las medidas que se pide tomar al Consejo Directivo, facilitaría y aceleraría el examen de esos temas por el Consejo. También se consideró



importante limitar el número de temas sustantivos incluidos en el programa de temas del Consejo, a objeto de que haya tiempo suficiente para examinarlos a fondo dentro del plazo previsto para la reunión.

El Director dijo que la Secretaría se esforzaría en especificar, en los documentos presentados al Consejo, los temas de política que exijan la atención de este. Además, se intentaría fijar un límite de tiempo para las intervenciones de los delegados durante las reuniones. Con miras a limitar el número de temas incluidos en el programa del Consejo, el Director propondría que ciertos temas examinados por el Subcomité y el Comité Ejecutivo no se enviaran al Consejo Directivo si se consideraba que ya se habían tratado adecuadamente y, en consecuencia, no requerían ninguna medida de parte del Consejo.

No se consideró necesario aprobar una resolución sobre este tema.

***Resoluciones de la XXXIX Reunión del Consejo Directivo, XLVIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, de interés para el Comité Ejecutivo***

El Dr. David Brandling-Bennett (Director Adjunto, OPS) repasó brevemente las 12 resoluciones aprobadas por el Consejo Directivo. En particular, señaló a la atención del Comité la resolución CD39.R1, que trata sobre la recaudación de las cuotas y dispone que se informe, en el momento de sus reuniones, al Comité Ejecutivo sobre los pagos de las cuotas efectuados por los Gobiernos Miembros. También observó que la resolución CD39.R11, sobre *Aedes aegypti*, estipula que se presente al Consejo Directivo, con la brevedad posible, una evaluación de la situación epidemiológica del dengue, el dengue hemorrágico y la fiebre amarilla, así como de un informe de progreso sobre la ejecución del plan continental para combatir y, con el tiempo, erradicar a *Aedes aegypti* de las Américas.

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

***Fechas y temas propuestos para la 27.ª y la 28.ª reuniones del Subcomité de Planificación y Programación***

El Comité decidió que la 27.ª Reunión del Subcomité de Planificación y Programación se celebraría del 4 al 6 de diciembre de 1996, y que la 28.ª reunión se celebraría del 2 al 4 de abril de 1997.

En cuanto a los temas que posiblemente serán examinados por el Subcomité en esas dos reuniones, el Comité destacó la importancia del debate actual sobre la reforma del sector de la salud y el fortalecimiento del liderazgo de los ministerios de salud en ese proceso, la necesidad de asignar un orden de prioridad a los temas a ser considerados por

el Subcomité, la interrelación de todos los problemas y asuntos de salud, y la necesidad de centrarse principalmente en los aspectos estratégicos y políticos de los asuntos tratados y no en los técnicos. Se decidió que la Secretaría preparará los programas de temas para las reuniones, sobre la base de los que propongan el Director y los miembros del Comité en la 119.ª Reunión y reuniones anteriores. Esos temas incluyen, además de los indicados anteriormente, nutrición, datos epidemiológicos básicos, salud bucodental, orientaciones estratégicas y programáticas para la OPS en el próximo cuatrienio, salud de los pueblos indígenas, salud mental, incentivos al pago adelantado de las contribuciones, reforma de la Constitución de la OMS, salud de los adolescentes, función del sector sanitario con respecto a los problemas ambientales y los efectos del medio ambiente sobre la salud, y enfermedades no transmisibles en general.

El Comité aprobó la decisión CE119(D5) sobre este tema.

***Términos de referencia del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo y fechas de la 17.ª reunión (documento CE119/2)***

La Dra. Pamela Hartigan, Coordinadora del Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo, recordó que en la 118.ª Reunión del Comité Ejecutivo, en junio de 1996, el Director había sugerido que había llegado el momento de replantear el funcionamiento del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo. En vista de que el Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo está sólidamente establecido como un programa regional de cooperación técnica, el seguimiento de sus actividades podría hacerse igual que con los otros programas supervisados por los Cuerpos Directivos. Quizás ya no fuese necesario tener un subcomité especial para vigilancia en esa área.

El Comité Ejecutivo había aceptado la validez de la propuesta del Director pero había acordado que debía consultarse al Subcomité y que el Director debería informar a la 119.ª Reunión del Comité Ejecutivo. En consecuencia, el Director se reunió con los miembros del Subcomité, y se decidió que este se reuniría en 1997, en cuyo momento se considerarían su funcionamiento, su futuro y la posibilidad de ajustar sus atribuciones atendiendo a los avances logrados por el mencionado programa. También se acordó que el Subcomité informaría sobre sus deliberaciones y presentaría sus recomendaciones al Comité Ejecutivo en su 120.ª reunión, en junio de 1997.

El Comité tomó nota del informe de la Dra. Hartigan y, a solicitud del Director, decidió que la Secretaría fijara las fechas de la 17.ª reunión después de consultar con los miembros del Subcomité (decisión CE119(D6)).

***Fechas de la 120.ª Reunión del Comité Ejecutivo***

El Comité decidió que su 120.ª reunión se celebraría del 23 al 27 de junio de 1997 (decisión CE119(D6)).

***Fechas de la XL Reunión del Consejo Directivo, XLIX Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas***

El Comité aceptó la sugerencia del Director de que la XL Reunión del Consejo Directivo se celebre del 22 al 26 de septiembre de 1996 (resolución CE119.R1).

**Otros asuntos**

En respuesta a una pregunta de uno de los miembros, el Director informó al Comité que se esperaba que en 1996 tuviera lugar una reunión del Consejo de Coordinación Internacional del Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ).

**Resoluciones y decisiones**

Durante la 119.ª reunión, el Comité Ejecutivo aprobó las siguientes resoluciones y decisiones.

***Resoluciones***

***CE119.R1 Fechas de la XL Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XLIX Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas***

***LA 119.ª REUNION DEL COMITE EJECUTIVO,***

Considerando que el Director ha propuesto las fechas del 22 al 26 de septiembre de 1997 para celebrar la XL Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XLIX Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, y

Teniendo en cuenta lo dispuesto en los Artículos 12.A y 14.A de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud y en el Artículo 1 del Reglamento Interno del Consejo Directivo,

***RESUELVE:***

Autorizar al Director a convocar la XL Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XLIX Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, con el fin de que se celebre en la Sede de la Organización en Washington, D.C., del 22 al 26 de septiembre de 1977.

*(Sesión plenaria única, 27 de septiembre de 1996)*

**Decisiones**

**CE119(D1) Adopción del programa de temas**

De conformidad con el Artículo 5 del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo, se adoptó el programa de temas presentado por el Director (documento CE119/1).

*(Sesión plenaria única, 27 de septiembre de 1996)*

**CE119(D2) Elección de tres miembros para integrar el Subcomité de Planificación y Programación**

Bahamas, Colombia y Panamá fueron elegidos para formar parte del Subcomité de Planificación y Programación por haber llegado a su término el mandato de Bolivia, Canadá y Uruguay en el Comité Ejecutivo.

*(Sesión plenaria única, 27 de septiembre de 1996)*

**CE119(D3) Elección de un miembro para integrar el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales**

Se eligió a Paraguay para integrar el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales por haber llegado a su término el mandato de Bolivia en el Comité Ejecutivo.

*(Sesión plenaria única, 27 de septiembre de 1996)*

**CE119(D4) Elección de tres miembros para integrar el Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo**

Se eligió a Bahamas, Chile y Costa Rica para integrar el Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo por haber llegado a su término el mandato de Bolivia, Canadá y Uruguay en el Comité Ejecutivo.

*(Sesión plenaria única, 27 de septiembre de 1996)*

***CE119(D5) Fechas y programas de temas para la 27.ª y la 28.ª reuniones del Subcomité de Planificación y Programación***

La 27.ª Reunión del Subcomité de Planificación y Programación se celebrará en la Sede de la OPS del 4 al 6 de diciembre de 1996; la 28.ª reunión se celebrará en la sede de la OPS del 2 al 4 de abril de 1997. La Secretaría preparará los programas de temas para estas reuniones, sobre la base de los temas propuestos por el Director y por los miembros del Comité Ejecutivo en la 119.ª reunión y reuniones anteriores.

*(Sesión plenaria única, 27 de septiembre de 1996)*

***CE119(D6) Fechas de la 120.ª Reunión del Comité Ejecutivo***

La 120.ª Reunión del Comité Ejecutivo se celebrará en la sede de la OPS del 23 al 27 de junio de 1997.

*(Sesión plenaria única, 27 de septiembre de 1996)*

***CE119(D7) Fechas de la 17.ª Reunión del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo***

La Secretaría fijará las fechas para la 17.ª Reunión del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo después de consultar con los miembros del Subcomité.

*(Sesión plenaria única, 27 de septiembre de 1996)*

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

HECHO en Washington, D.C., Estados Unidos de América, a los veintisiete días del mes de septiembre de mil novecientos noventa y seis. El Secretario depositará los textos originales en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana y enviará copias de los mismos a los Estados Miembros de la Organización.

---

Hermán Weinstok  
Presidente de la 119.ª Reunión  
del Comité Ejecutivo  
Representante de Costa Rica

---

George A. O. Alleyne  
Secretario *ex officio* de  
la 119.ª Reunión del Comité Ejecutivo  
Director de la  
Oficina Sanitaria Panamericana

## **PROGRAMA DE TEMAS**

- 1. APERTURA DE LA REUNIÓN**
- 2. ASUNTOS RELATIVOS AL REGLAMENTO**
  - 2.1 Elección del Presidente, el Vicepresidente y el Relator
  - 2.2 Adopción del programa de temas
- 3. COMITÉS Y SUBCOMITÉS DEL COMITÉ EJECUTIVO**
  - 3.1 Elección de tres miembros para integrar el Subcomité de Planificación y Programación por haber llegado a su término el mandato de Bolivia, Canadá y Uruguay en el Comité Ejecutivo
  - 3.2 Elección de un miembro para integrar el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales por haber llegado a su término el mandato de Bolivia en el Comité Ejecutivo
  - 3.3 Elección de tres miembros para integrar el Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo por haber llegado a su término el mandato de Bolivia, Canadá y Uruguay en el Comité Ejecutivo
- 4. REUNIONES DE LOS CUERPOS DIRECTIVOS**
  - 4.1 Análisis del proceso y contenido de la XXXIX Reunión del Consejo Directivo, XLVIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas
  - 4.2 Resoluciones de la XXXIX Reunión del Consejo Directivo, XLVIII Reunión del Comité Regional de las OMS para las Américas, de interés para el Comité Ejecutivo
  - 4.3 Fechas y temas propuestos para las 27.ª y 28.ª Reuniones del Subcomité de Planificación y Programación
  - 4.4 Términos de referencia del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo y fechas de la 17.ª Reunión

**4. REUNIONES DE LOS CUERPOS DIRECTIVOS (cont.)**

4.5 Fechas de la 120.ª Reunión del Comité Ejecutivo

4.6 Fechas de la XL Reunión del Consejo Directivo, XLIX Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas

**5. OTROS ASUNTOS**



**LISTADO DE DOCUMENTOS**

CE119/1, Rev. 1	Agenda
CE119/2	Terminos de referencia del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo y fechas de la 17.ª reunión
CE119/FR	Informe Final

**LIST OF PARTICIPANTS  
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members of the Committee  
Miembros del Comité**

**Bahamas**

Hon. Theresa Moxey-Ingraham  
Dr. Vernell Allen  
Ms. Hannah Gray

**Chile**

Dr. Fernando Muñoz  
Dr. Manuel Inostroza  
Dr. Rubén Alvarado

**Colombia**

Sr. Carlos Holmes Trujillo  
Sra. Ana María de Cepeda

**Costa Rica**

Dr. Hermán Weinstok  
Dr. Juan Ignacio Barrios

**El Salvador**

Dra. Ana María de Gamero

**Panama/Panamá**

Dra. Aída Moreno de Rivera

**Paraguay**

Dr. Andrés Vidovich Morales  
Sr. Valentín Benegas

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

**Saint Kitts and Nevis/Saint Kitts y Nevis**

Hon. Dr. Earl Asim Martin

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

Ms. Linda A. Vogel  
Mr. Neil A. Boyer  
Ms. Mary Lou Valdez

**Observers**  
**Observadores**

**Argentina**

Dr. Argentino L. Pico  
Dr. Miguela Pico

**Bolivia**

Dr. Javier Torres-Goitia Caballero

**Brazil/Brasil**

Dra. Fabiola de Aguiar Nunes  
Ms. Miriam Sette Field

**Canada/Canadá**

Mr. Edward M. Aiston  
Mr. Nick Previsich  
Dr. Christine Whalen

**Venezuela**

Dr. Elbano Pieruzzi

**Pan American Sanitary Bureau  
Oficina Sanitaria Panamericana**

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

Dr. George A. O. Alleyne

*Advisers to the Director*  
*Asesores del Director*

Dr. David Brandling-Bennett  
Deputy Director

Dr. Mirta Roses  
Assistant Director

Mr. Thomas Tracy  
Chief of Administration

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

Mr. Horst Otterstetter  
Director, Division of Health and Environment

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

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

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

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

Dr. Irene Klinger  
Chief, Office of External Relations

**Pan American Sanitary Bureau (cont.)**  
**Oficina Sanitaria Panamericana (cont.)**

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

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

*Legal Counsel*  
*Asesora Jurídica*

Dr. Heidi V. Jiménez

*Chief, Department of Conference and General Services*  
*Jefe, Departamento de Conferencias y Servicios Generales*

Mr. César A. Portocarrero

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

Ms. Janice Barahona

*comité ejecutivo del  
consejo directivo*



**ORGANIZACIÓN  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD**

*grupo de trabajo del  
comité regional*



**ORGANIZACIÓN  
MUNDIAL  
DE LA SALUD**

120.<sup>a</sup> Reunión  
Washington, D.C.  
Junio de 1997

CD40/7 (Esp.)  
Anexo B

---

CE120/FR (Esp.)  
26 junio 1997  
ORIGINAL: ESPAÑOL

**INFORME FINAL**

## CONTENIDO

	<i>Página</i>
<b>Apertura de la reunión</b>	
Mesa Directiva . . . . .	5
Adopción del programa de temas y programa de sesiones . . . . .	5
<b>Informes de comités y subcomités</b>	
Informe del Subcomité de Planificación y Programación . . . . .	6
Informe del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo . . . . .	7
Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 1997 . . . . .	9
Informe del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales . . . . .	9
<b>Asuntos relativos a la política de los programas</b>	
Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio económico 1998-1999, Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud correspondiente al ejercicio económico 2000-2001, Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el ejercicio 2000-2001 . . . . .	10
Recopilación y utilización de datos básicos en salud . . . . .	12
Salud oral . . . . .	15
Salud de los adolescentes . . . . .	18
Nutrición . . . . .	21
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas . . . . .	23
Informe de la X Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial . . . . .	26
Salud de los pueblos indígenas . . . . .	27
Enfermedades no transmisibles . . . . .	30
Salud mental . . . . .	33
Vacunas e inmunización . . . . .	35
Informe sobre el dengue, el dengue hemorrágico y la fiebre amarilla . . . . .	38
Análisis del programa de salud y ambiente . . . . .	39
<b>Asuntos administrativos y de política financiera</b>	
Informe sobre la recaudación de las cuotas . . . . .	41
Informe financiero parcial del Director para 1996 . . . . .	42
Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana . . . . .	44
Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles, y mantenimiento y reparación de los edificios propiedad de la OPS . . . . .	44
Edificios de las oficinas de campo de la OPS . . . . .	45

**Asuntos de información general**

Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS. . . . .	45
Resoluciones y otras acciones de la 50.ª Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS . . . . .	47

**Asuntos relativos al reglamento**

Representación del Comité Ejecutivo en la XL reunión del Consejo Directivo de la OPS, XLIX Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas . . . . .	48
Programa provisional de temas de la XL Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XLIX Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas . . . . .	49
Modificaciones del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo . . . . .	49

Otros asuntos . . . . .	50
-------------------------	----

Clausura de la reunión . . . . .	51
----------------------------------	----

**Resoluciones y decisiones**

CE120.R1 Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo . . . . .	51
CE120.R2 Recaudación de las cuotas . . . . .	52
CE120.R3 Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el bienio 1998-1999 . . . . .	53
CE120.R4 Tabaco o salud . . . . .	54
CE120.R5 Premio OPS en Administración, 1997 . . . . .	55
CE120.R6 Salud oral . . . . .	55
CE120.R7 Recopilación y utilización de datos básicos en salud . . . . .	57
CE120.R8 Salud y desarrollo de los adolescentes . . . . .	58
CE120.R9 Nutrición . . . . .	60
CE120.R10 Salud de los pueblos indígenas . . . . .	62
CE120.R11 Enfermedades no transmisibles . . . . .	63
CE120.R12 Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles, y mantenimiento y reparación de los edificios propiedad de la OPS . . . . .	64
CE120.R13 Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana . . . . .	64
CE120.R14 Sueldos de los titulares de puestos sin clasificar . . . . .	65
CE120.R15 Admisión de organizaciones no gubernamentales en relaciones oficiales con la Organización Panamericana de la Salud . . . . .	66
CE120.R16 Programa provisional de temas de la XL Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XLIX Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas . . . . .	66
CE120.R17 Reglamentos internos del Comité Ejecutivo, el Consejo Directivo y la Conferencia Sanitaria Panamericana . . . . .	67
CE120.R18 Vacunas e inmunización . . . . .	68
CE120.R19 Dengue, dengue hemorrágico y fiebre amarilla . . . . .	70



**Resoluciones y decisiones (cont.)**

CE120.R20	Salud mental . . . . .	71
CE120.R21	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida . . . . .	73
CE120.R22	Salud y ambiente . . . . .	75
CE120(D1)	Adopción del programa de temas y del programa de sesiones . . . . .	76
CE120(D2)	Informes sobre reuniones de Subcomités del Comité Ejecutivo celebradas desde la última reunión de este . . . . .	76
CE120(D3)	Informe de la X Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial . . . . .	76
CE120(D4)	Clonación humana . . . . .	77
CE120(D5)	Representación del Comité Ejecutivo en la XL Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XLIX Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas . . . . .	77

**Anexos:**

- Anexo A. Programa de temas
- Anexo B. Lista de documentos
- Anexo C. Lista de participantes

## INFORME FINAL

### Apertura de la reunión

La 120.<sup>a</sup> Reunión del Comité Ejecutivo se celebró en la Sede de la Organización Panamericana de la Salud del 23 al 26 de junio de 1997. La reunión contó con la asistencia de los Representantes de los nueve miembros del Comité Ejecutivo, a saber: Bahamas, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Estados Unidos de América, Panamá, Paraguay, y Saint Kitts y Nevis. También estuvieron presentes Observadores por Brasil, Canadá, Cuba, España, Francia, el Reino Unido (Islas Turcas y Caicos), Uruguay y Venezuela, además de seis organizaciones intergubernamentales y cuatro organizaciones no gubernamentales.

El Dr. George A. O. Alleyne, Director de la OPS, inauguró la reunión y dio la bienvenida a los participantes. Expresó que se sentía particularmente complacido ante la presencia de tantos observadores, ya que ello demostraba el interés y el compromiso con la labor de la Organización.

### *Mesa Directiva*

Los miembros que habían sido elegidos para ocupar un cargo en la 119.<sup>a</sup> reunión del Comité siguieron desempeñándolo en la 120.<sup>a</sup> Reunión. En consecuencia, la Mesa Directiva quedó integrada de la siguiente forma:

<i>Presidente:</i>	Costa Rica	Dr. Hermán Weinstok
<i>Vicepresidente:</i>	Estados Unidos de América	Sra. Linda Vogel
<i>Relator:</i>	Chile	Dr. Fernando Muñoz Porras

El Dr. Alleyne fue el Secretario ex officio y el Dr. David Brandling-Bennett, Director Adjunto de la OPS, fue el Secretario Técnico.

### *Adopción del programa de temas y programa de sesiones (documentos CE120/1, Rev. 2 y CE120/WP/1)*

El Comité adoptó el programa provisional de temas y el programa de sesiones (decisión CE120(D1)).

## **Informes de comités y subcomités**

### ***Informe del Subcomité de Planificación y Programación (documento CE120/6)***

El informe sobre la 27.<sup>a</sup> y la 28.<sup>a</sup> reuniones del Subcomité de Planificación y Programación fue presentado por la Dra. Enelka González de Samudio, quien había presidido el Subcomité en representación de Panamá en la 28.<sup>a</sup> reunión. En esas dos reuniones, el Subcomité había tratado siete temas que posteriormente fueron considerados por el Comité Ejecutivo en su 120.<sup>a</sup> reunión, a saber: Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el bienio 1998-1999, Recopilación y utilización de datos básicos en salud, Salud oral, Salud de los adolescentes, Nutrición, Salud de los pueblos indígenas y Enfermedades no transmisibles. Los comentarios del Subcomité sobre estos temas se resumen en los apartados correspondientes de este informe. El Subcomité también consideró los siguientes temas que no trató el Comité Ejecutivo: Evaluación del Programa de Salud Pública Veterinaria; Evaluación de la cooperación técnica de la OPS en Panamá; La rectoría de los ministerios de salud en la reforma del sector; Misión, visión y funciones de la Organización Mundial de la Salud y reforma de su Constitución; Orientaciones estratégicas y programáticas, 1999-2002; Evaluación conjunta de la cooperación técnica de la OPS a nivel de país, y Abastecimiento de agua y saneamiento. La información relativa a las ponencias y los debates sobre estos temas puede encontrarse en los informes finales de las reuniones del Subcomité (documentos SPP27/FR y SPP28/FR).

En el debate que siguió a la presentación del informe, el Comité Ejecutivo destacó las funciones clave de la OPS de aportar orientación e ideas, administrar planes y programas, y promover la cooperación entre los países. Se instó a la Organización a mantener su liderazgo en esas esferas, aunque la escasez de financiamiento obstaculice la ejecución de algunas actividades.

Con respecto al tema de la misión, la visión y las funciones de la OMS y la reforma de su Constitución, el Director informó al Comité de los debates de un comité especial que se reunió en mayo de 1997 en Ginebra para examinar el tema. En esa reunión, algunos participantes, en especial el Asesor Jurídico de la OMS, habían expresado la opinión de que los mecanismos vigentes, tanto funcionales como financieros, entre la OMS y la OPS no coinciden con las intenciones originales de los creadores de la Constitución de la OMS. Sin embargo, sobre la base de una investigación amplia, la Asesora Jurídica de la OPS había afirmado que la integración funcional de la OPS y la OMS, tal como se había concebido originalmente, se había alcanzado plenamente. Los creadores de la Constitución habían estipulado claramente que nunca se habían propuesto que la OPS desapareciera como entidad separada. Los debates de la reunión del comité especial en mayo y en su próxima reunión en julio se presentarían al XL Consejo Directivo bajo el tema 7.1, Resoluciones y otras acciones de la Asamblea Mundial de la Salud de Interés para el Comité Regional. Uno de los representantes sugirió que tal vez haría falta un documento que dilucidara los últimos resultados de dichos debates.

El Director recordó al Comité que, de la misma forma en que algunos temas examinados por el Subcomité de Planificación y Programación no requerían ser debatidos por el Comité Ejecutivo, en el caso, por ejemplo, de temas que no incluían decisiones de política de los programas estos no tendrían que pasar al Consejo Directivo, puesto que cada Cuerpo tiene su propia función única. El Subcomité trata los temas en un ambiente menos formal que las reuniones de los Cuerpos Directivos y aporta información sobre documentos que todavía no son definitivos. El Comité Ejecutivo debería asignar la debida importancia a la labor efectuada por el Subcomité, según se detalla en su informe.

El Comité adoptó la decisión CE120(D2), donde toma nota del informe del Subcomité.

***Informe del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo (documento CE120/7)***

El informe sobre la 17.ª Reunión del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo fue presentado por el Dr. Earl Asim Martin, Representante de Saint Kitts y Nevis, Presidente del Subcomité. Las ponencias y debates sobre los diversos temas del programa se resumen a continuación. Una relación más completa de las deliberaciones del Subcomité y sus recomendaciones a la Secretaría y los Estados Miembros puede encontrarse en el Informe Final de la 17.ª reunión (documento MSD17/FR).

*Informe de actividades del Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo llevadas a cabo en los niveles regional y de país:* La Dra. Pamela Hartigan, Coordinadora del Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo, resumió las actividades del Programa en cinco áreas principales. El Subcomité elogió al personal del Programa por el cúmulo de trabajo realizado en 1996, a pesar de las graves limitaciones en recursos humanos. Los logros del Programa en cuanto a movilización de recursos y su trabajo con las ONG y otras organizaciones se consideran particularmente encomiables.

*La equidad en materia de género en la reforma de la asistencia sanitaria:* El Programa presentó una propuesta para una red regional de debate electrónico sobre el tema de la equidad para ambos sexos en la salud y sobre las políticas del seguro social. El Subcomité abordó las inequidades de género inherentes al sistema actual del seguro social y de otros seguros, que sería importante tratar de rectificar mediante la reforma sanitaria. Una de las razones citadas para estas inequidades ha sido el no reconocer que la reproducción de la especie humana es una función social cuyos costos deben ser cubiertos por la sociedad en conjunto, y no por las mujeres individualmente.

*Violencia contra las mujeres y las niñas —el marco conceptual que se está implantando en 10 países:* El Subcomité examinó la labor efectuada por el Programa en 10 países con la finalidad de hacer frente al problema de la violencia contra las mujeres y las niñas, y tomó nota de los logros del proyecto en cuanto a atraer para la causa a redes comunitarias coordinadas a nivel local con miras a diseñar y ejecutar métodos adecuados desde el punto de vista cultural para identificar y ayudar a las mujeres golpeadas y crear maneras de prevenir la violencia por razón de sexo.

*Puesta al día del proceso de sensibilización del personal de la OPS con respecto a las cuestiones de género:* Se instó al Programa a seguir y acelerar sus actividades de adiestramiento en materia de género, así como sus esfuerzos de creación de herramientas para facilitar el análisis de género. Se dijo que esto último se consideraba esencial para la elaboración de políticas y programas que respondan a las necesidades diferentes de las mujeres y los hombres.

*Puesta al día del proyecto de calidad de la asistencia y presentación de los resultados de la fase de investigación operativa:* Al examinar los resultados preliminares del proyecto, que actualmente está en marcha en Argentina y Perú, el Subcomité consideró que los resultados del estudio tenían un enorme valor potencial para mejorar la calidad de la atención de salud que se presta a ambos sexos en la Región. Diversos representantes señalaron que los estudios de este tipo podrían constituir una contribución importante a la reforma sanitaria y a la formación y el adiestramiento de los proveedores de asistencia sanitaria.

*Enseñanzas aprendidas al trabajar con mujeres indígenas en cuestiones de salud —la experiencia de Guatemala:* El Programa informó sobre un proyecto que procuraba adaptar los servicios de asistencia sanitaria a las necesidades de las mujeres indígenas en Guatemala y aumentar su participación en su propia atención de salud. El Subcomité elogió al Programa por ese ejemplo sobresaliente de cooperación técnica de la OPS en el área de la mujer, la salud y el desarrollo. Los miembros inquirieron acerca de las posibilidades de aplicar tanto los métodos usados como los conocimientos importantes adquiridos con el proyecto, a otros proyectos similares en otros países que tienen poblaciones indígenas.

*Función futura del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo:* Se dedicó un tiempo considerable al análisis de la función futura del Subcomité, si se justifica que siga existiendo y, en ese caso, si debe modificarse su funcionamiento. Se presentaron cuatro opciones, una de las cuales era eliminar el Subcomité. No obstante, hubo un consenso claro de que el cuerpo debe seguir existiendo. Sin embargo, se propusieron varias modificaciones para hacer del Subcomité un foro más dinámico para el intercambio. Una de esas modificaciones sería que sus reuniones se celebraran cada dos años y no anualmente, y que sus miembros pasaran de cinco a seis para incorporar mayor diversidad de ideas. El mandato que incluía esas recomendaciones, se adjuntó al documento para someterlo al examen y la aprobación del Comité Ejecutivo.

En el debate que siguió al informe del Dr. Martín, los miembros del Comité Ejecutivo que también formaban parte del Subcomité expresaron su satisfacción con los trabajos de este en la 17.ª reunión y con los cambios propuestos en su funcionamiento. Varios representantes expresaron la opinión de que la existencia continua del Subcomité era vital y les complacía que no se hubiera aceptado la opción de eliminarlo. Con respecto al apoyo en los países a los objetivos del Programa, un representante comentó que contar con legislación nacional apropiada podría ser una herramienta valiosa para reducir la discriminación contra las mujeres y promover la equidad para ambos sexos.

El Director, que había propuesto la desaparición posible del Subcomité en la 118.ª Reunión del Comité Ejecutivo, estaba también complacido con la decisión de los miembros de que debe seguir existiendo. Mantuvo, sin embargo, que su sugerencia había estado justificada, ya que someter a análisis todas las partes de la Organización era la esencia de la reforma. Esperaba que el entusiasmo por el Subcomité se vería reflejado en los esfuerzos de los países en los entornos legislativo, programático y de política para reducir las inequidades en materia de género. El nuevo mandato aclaraba la función del Subcomité. A pesar de la existencia continua del Subcomité, la Secretaría todavía tenía la responsabilidad de suministrar a los Cuerpos Directivos la información referente a la cooperación técnica en el ámbito de la mujer, la salud y el desarrollo, así como su opinión sobre las acciones necesarias para aliviar la inequidad en materia de género en relación con la mujer.

El Comité aprobó la resolución CE120.R1, que toma nota del informe del Subcomité y aprueba los cambios introducidos en su mandato.

***Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 1997 (documento CE120/8 y Add. I)***

El Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 1997, compuesto por los Representantes de Bahamas, Chile y El Salvador, decidió conceder el premio al Dr. Eduardo Bernabé Ordaz Ducungé, de Cuba, por sus esfuerzos pioneros en el establecimiento de programas de rehabilitación y en la humanización de la atención hospitalaria para personas que sufren enfermedades mentales crónicas.

El Comité señaló con pesar la muerte reciente de la Dra. Elizabeth Quamina, de Trinidad y Tabago, merecedora del Premio en 1985.

El Comité aprobó la resolución CE120.R5.

***Informe del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales (documentos CE120/9 y Add. I)***

El Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales, integrado por los Representantes de Chile, Paraguay y Saint Kitts y Nevis, examinó la solicitud presentada por la United States Pharmacopeial Convention, Inc. (USPC) para establecer relaciones oficiales con la Organización Panamericana de la Salud. El Comité señaló que tanto la USPC como la OPS reconocían la importancia de velar por que los medicamentos y los productos biológicos cumplieran con alta normas de calidad, y reconoció los antecedentes de la colaboración de la USPC con la Organización en esta esfera. Por consiguiente, recomendó que la OPS estableciera relaciones oficiales con la USPC y le concediera todos los privilegios inherentes a dicha condición.

El Comité aprobó el informe del Comité Permanente y la Resolución CE120.R15.

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

*Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio económico 1998-1999, Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud correspondiente al ejercicio económico 2000-2001, Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el ejercicio 2000-2001 (Documento oficial 281 y documento CE120/10)*

El Dr. Alleyne empezó la exposición de este tema subrayando la nueva forma de presentación del presupuesto, que la Secretaría había ideado para facilitar su lectura. En cuanto al presupuesto mismo, dijo que la Secretaría estaba segura de que el proyecto que se sometía a la consideración del Comité reflejaba las necesidades y las prioridades de la Región. Añadió que el proceso de formulación del presupuesto estaba orientado por los principios de la equidad y por una perspectiva panamericana que él había procurado poner de relieve a lo largo de su mandato como Director. Informó que el documento contenía un breve recuento de los logros en materia de salud alcanzados en la Región, lo que debería ser, recalcó, motivo de orgullo para todos los Estados Miembros. También se esbozaban los problemas y los retos, los cuales, unidos a las orientaciones estratégicas y programáticas de la Organización (OEP) para 1995-1998, habían configurado el presupuesto. Además, agregó el Dr. Alleyne, el proyecto de presupuesto reflejaba el hecho de que la OPS estaba procurando formar sociedades con otros organismos y organizaciones; por lo tanto, consideraba la función y los compromisos de la Organización con respecto a varias iniciativas que emanaban de acuerdos regionales y mundiales, así como de cumbres y declaraciones.

Al igual que en el presupuesto anterior, el proyecto de presupuesto por programas para 1998-1999 presentaba los resultados que la Organización esperaba lograr en cada área de trabajo. También indicaba hasta qué punto se habían logrado los objetivos establecidos para el bienio 1996-1997, aunque sería necesario revisar esos datos antes de la reunión del Consejo Directivo, en septiembre de 1997, porque se estaban logrando avances continuos. El presupuesto no contenía detalles de los gastos por programas para 1996-1997 porque el bienio todavía no había concluido, pero la información sobre los gastos estaba a la disposición de cualquier miembro que deseara consultarlos.

El Director concluyó su introducción señalando que las cinco prioridades establecidas por el Consejo Ejecutivo de la OMS se expresaban claramente en el presupuesto de la OPS. Las asignaciones a esos rubros habían aumentado significativamente. Aunque había sido necesario hacer reducciones en otras áreas, la Secretaría consideraba que era importante respetar las prioridades determinadas por los Estados Miembros de la OMS.

El Sr. Michael Usnick (Jefe de Presupuesto, OPS) resumió el contenido del proyecto de presupuesto y los cuadros adjuntos, que proporcionaban datos sobre las cantidades asignadas a diversos rubros así como los aumentos y disminuciones relativos en el financiamiento, además de información sobre la historia de los presupuestos de la OPS y la OMS desde 1970, la

estructura de clasificación de los programas y la distribución de los puestos según la ubicación. La propuesta general para el presupuesto ordinario de la OPS/OMS era de US\$ 257.187.000, que comprende \$174.201.000 en fondos ordinarios de la OPS y \$82.986.000 en fondos ordinarios de la OMS. Sin embargo, la información que aparecía en el documento en relación con el presupuesto ordinario de la OMS era incorrecta. En la Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 1997, la cantidad asignada a la Región de las Américas se había reducido a \$82.686.000. Las cantidades correctas de los fondos de la OMS se reflejarían en el documento definitivo del presupuesto de la OPS/OMS que se presentará al Consejo Directivo en septiembre de 1997.

El proyecto de presupuesto preveía un aumento general de 3,4% en relación con el bienio anterior, lo que reflejaba aumentos de costos obligatorios e inflacionarios de 6,0% y reducciones de programas de 2,5%. La parte correspondiente al presupuesto ordinario de la OPS aumentaría apenas 3,3% para el bienio, o sea 1,65% por año. El presupuesto de la OPS sería financiado por \$162.501.000 en concepto de contribuciones de los Estados Miembros y \$11.700.000 en concepto de ingresos varios proyectados. El aumento de las cuotas de los Estados Miembros sería de 3,6% para el bienio, o sea, 1,77% al año. El Sr. Usnick señaló que, en razón de que los factores de aumento de costos usados en el cálculo del presupuesto eran muy conservadores, la OPS estaría absorbiendo una cantidad significativa de aumentos reales. También señaló que el presupuesto ordinario de la Organización, cuando se medía en dólares constantes, había bajado en forma sostenida desde 1992.

Cuando el Subcomité de Planificación y Programación examinó el presupuesto en su 28.ª reunión, en abril de 1997, todos excepto dos de los representantes apoyaron el proyecto de presupuesto, incluido el aumento propuesto. Un representante propuso una reducción de por lo menos 5% con respecto al nivel de 1996-1997, y el otro recomendó un crecimiento nulo del presupuesto. También se sugirió que la OPS debería tratar de limitar sus actividades a objeto de conservar recursos. El Director señaló que el proyecto de presupuesto era el resultado de un largo proceso de evaluación de los resultados de los programas y de consulta con los países en cuanto a sus necesidades para determinar qué esferas era necesario fortalecer durante el bienio 1998-1999.

Durante el debate de este tema en el Comité Ejecutivo, esencialmente se expresaron las mismas opiniones. Se manifestó un apoyo abrumador para el proyecto de presupuesto, que en opinión de la mayoría de los representantes era realista y tenía en consideración las necesidades prioritarias de la Región en materia de salud. Todos los representantes elogiaron a la Secretaría por su responsabilidad fiscal y por sus esfuerzos para simplificar y hacer transparente el proceso de elaboración del presupuesto. En este sentido, se recalcó la importancia de centrarse en los resultados como base para la planificación y la toma de decisiones. Varios representantes también elogiaron la nueva forma de presentación del presupuesto, que lo hacía mejor organizado y más fácil de seguir que antes.



El Observador por el Canadá reiteró la opinión de su Gobierno de que el presupuesto debía tener un crecimiento nulo, mientras que el Representante de los Estados Unidos reafirmó la posición adoptada por su país en la reunión del Subcomité, celebrada en abril, a saber, que el presupuesto debía reducirse a un nivel que permitiese a los países cumplir con el pago de sus contribuciones. Sin embargo, otros representantes mantuvieron que una reducción del presupuesto erosionaría inevitablemente los logros en materia de salud alcanzados en la Región hasta ahora y obstaculizaría la capacidad de la Organización para llevar a cabo las funciones esenciales de salud pública. Varios representantes expresaron la opinión de que la OPS no debería hacer planes sobre la base de las contribuciones previstas de los países, sino sobre la base de las prioridades, los objetivos y los programas. También señalaron que los programas incluidos en el proyecto de presupuesto respondían a los problemas y cuestiones que los Estados Miembros mismos habían designado como prioridades y recalcaron que los países tenían la responsabilidad de proporcionar el apoyo necesario para permitir a la Organización llevar a cabo esos programas.

El Director agradeció las expresiones de solidaridad de los representantes en cuanto a la labor de la OPS, y señaló que era una fuente de orgullo para toda la Organización haber recibido el reconocimiento público de que estaba respondiendo a las necesidades de sus integrantes: los países y los pueblos de las Américas. También agradeció al Comité por reconocer los esfuerzos que la Organización había hecho por ser fiscalmente responsable y transparente desde el punto de vista de los programas. Sin embargo, encontraba algo difícil conciliar esas expresiones de apoyo con la sugerencia de que la OPS tendría que volverse más eficaz y que una reducción del presupuesto, a priori, la tornaría más eficiente. Expresó su convicción de que sería una grave equivocación formular un presupuesto basado en las cantidades que los países pudieran aportar. La planificación de la Organización no debería basarse en la persistencia de los problemas económicos de los Estados Miembros y, menos aun, cuando todos los indicadores hacen pensar que sus economías están en proceso de crecimiento.

Pese a todo, añadió que era necesario reconocer las dificultades fiscales que estaban afrontando algunos países. Por consiguiente, propuso que el Comité aceptara la sugerencia del Canadá de crecimiento nulo en lo que se refiere al bienio 1996-1997 y que autorizara a la Secretaría a reestructurar el presupuesto partiendo de esa base. Observó, no obstante, que si el Comité aceptaba esa propuesta, ciertas responsabilidades recaerían sobre los países, así como sobre la Secretaría. Una de ellas es que las obligaciones tendrían que pagarse en su totalidad y a tiempo, lo que aliviaría la carga de la Secretaría mientras se esfuerza por prestar la cooperación técnica, cuya necesidad había sido reconocida por todos los Estados Miembros.

El Comité aceptó la propuesta del Director y aprobó la resolución CE120.R3.

### ***Recopilación y utilización de datos básicos en salud (documento CE120/11)***

El Dr. Carlos Castillo Salgado (Coordinador, Programa de Análisis de la Situación de Salud, OPS) describió las finalidades y las características de la iniciativa de datos básicos/perfiles

de país de la Organización, que forma parte de su Sistema de Información Técnica, y actualizó al Comité sobre los progresos más recientes en llevar a la práctica la iniciativa. Explicó que la iniciativa de datos básicos se había concebido en el marco de las orientaciones estratégicas y programáticas de la OPS para 1995-1998 y la búsqueda de la equidad. Estaba destinada a suministrar información necesaria para determinar cómo canalizar la cooperación técnica de la Organización a objeto de eliminar las inequidades. Además de facilitar la planificación, la programación, la vigilancia y la evaluación de la cooperación técnica, los datos básicos aportarían información para formulación de políticas, establecimiento de prioridades y planificación estratégica; formulación de propuestas de proyectos y movilización de recursos; definición de prioridades de investigación; e intercambio y difusión de información.

Los datos básicos, agregó el Dr. Castillo, constituyen un conjunto mínimo de estadísticas necesarias para caracterizar problemas concretos de salud o la situación sanitaria de un país o zona. Esos datos básicos se derivaron de 118 indicadores, que incluían demografía, socioeconomía, morbilidad y mortalidad y acceso a los servicios de salud e indicadores de cobertura. Entre los criterios para la selección de los indicadores se encontraban mandatos y compromisos de la Organización en cuanto a recopilación y notificación de datos, en particular la vigilancia del progreso hacia la meta de salud para todos en el año 2000 y hacia las metas fijadas por la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, así como la preparación de diversas publicaciones de la OPS. Una de las ventajas principales de mantener una colección de datos básicos era que reduciría el número de solicitudes de información de los países. Agregó que los perfiles de país constituían informes analíticos sobre la situación sanitaria general y problemas de salud concretos en cada país, en particular los acontecimientos más recientes y significativos tanto políticos, como económicos y sociales; información sobre la organización de los servicios y recursos sanitarios, y principales actividades de cooperación técnica de la Organización y otros organismos.

La OPS estaba sumamente preocupada por procurar la validez y oportunidad de los datos y, por lo tanto, se habían incorporado mecanismos en el sistema para estandarizar, validar y actualizar periódicamente toda la información. Para que la información resultara útil, tenía que ser de fácil acceso. Los datos básicos, junto con análisis resumidos de la situación sanitaria en los países, las cifras y los mapas y las referencias bibliográficas, podrían obtenerse en la World Wide Web. Como parte de su exposición, el Dr. Castillo demostró cómo podría obtenerse la información en línea.

El Dr. Castillo invitó al Comité a que recomendara mecanismos para lograr el uso constante y oportuno de los resultados de la iniciativa en los países. También agradeció a los miembros del Subcomité de Planificación y Programación sus comentarios y sugerencias constructivos, que se habían incorporado en el documento.

Cuando el Subcomité trató el tema de la iniciativa, se señaló que la gestión y la difusión de la información se encontraban entre las funciones de liderazgo más importantes de la Organización y del sector sanitario de los países. El sistema de información establecido de

conformidad con la iniciativa de datos básicos había permitido que dicho sector demostrara los resultados de sus programas, lo cual era fundamental para ganar credibilidad y apoyo político. La iniciativa también respondía a una prioridad de cooperación técnica establecida por los ministerios de salud en la mayoría de los países. Varios representantes sugirieron que a medida que evolucionara la iniciativa de datos básicos deberían incorporarse más indicadores sobre la calidad de vida. También se recalcó la necesidad de adiestramiento para que los países puedan analizar y utilizar eficazmente la información.

Al igual que el Subcomité, el Comité Ejecutivo consideró que la iniciativa era una contribución muy valiosa a la gestión y difusión de información sanitaria en las Américas. Varios representantes señalaron que los datos básicos proporcionarían un "idioma común" fundamentado en criterios e indicadores comunes, que producirían una imagen más exacta y útil de la situación sanitaria en los países y en la Región en conjunto. Por medio de este idioma común, los datos básicos también podrían compartirse con otros organismos que utilizan información sanitaria en su trabajo. Un aspecto muy importante de la iniciativa era el de reducir el número de veces que se pide a los países compilar y presentar información relativa a mandatos como el de salud para todos en el año 2000, la Cumbre Mundial en favor de la Infancia y muchos otros. Se recalcó, además, la importancia de incorporar la perspectiva de género en la iniciativa, así como la necesidad de incluir información no solo cualitativa, sino cuantitativa. También se sugirió que la tuberculosis debería incluirse como un indicador básico especial.

El Comité identificó varios obstáculos que era necesario superar a objeto de que los países obtuvieran el máximo beneficio de los resultados de la iniciativa. El principal era el acceso limitado a la Internet en muchos lugares de la Región. Otro era el nivel de experiencia y conocimientos que debían tener los usuarios para utilizar eficazmente los datos. Varios representantes señalaron que se necesitaba la cooperación técnica de la OPS para mejorar la capacidad de los países, tanto de recopilar como de aplicar los datos. Se recalcó que su uso principal debe ser el apoyo a la toma de decisiones que daría lugar al mejoramiento de la salud en los países.

El Dr. Castillo estuvo de acuerdo en que no bastaba únicamente con tener la información; era esencial utilizarla eficazmente, lo que ponía de relieve la necesidad de sintetizar y analizar los datos. Una de las prioridades para el Programa de Análisis de la Situación de Salud era, por consiguiente, la de dar cursos de adiestramiento con miras a mejorar la capacidad de análisis de los datos a nivel nacional. Otra prioridad era la de fortalecer los registros de estadísticas vitales de los países para mejorar el carácter oportuno y la fiabilidad de los datos incluidos en el sistema de información. En cuanto a la incorporación de información cualitativa, los documentos analíticos incluidos en el Sistema de Información Técnica estaban destinados a reflejar no solo datos cuantitativos derivados de indicadores principales sino también la información sobre la calidad de vida. En respuesta a las inquietudes del Comité acerca de la Internet, dijo que la Organización consideraba que la red era la única manera verdaderamente eficaz en función de los costos de poner la información al alcance del mayor número de personas posible. Las bases

de datos centralizadas ya no son factibles desde el punto de vista presupuestario, y si bien el acceso a la Internet seguía siendo un obstáculo, la OPS creía que podría superarse a corto plazo. Con respecto al intercambio de información con otros organismos, señaló que el Banco Interamericano de Desarrollo ya estaba usando los datos básicos como insumo para muchos de sus proyectos. Finalmente, señaló que los datos básicos incluían información sobre la tuberculosis, y aseguró al Comité que la perspectiva de género se había incorporado en todos los aspectos de la iniciativa.

El Director señaló que, a objeto de que la OPS pueda cumplir su mandato de dar a la información sanitaria la más amplia difusión posible, era necesario contar con la cooperación de los países. Se trataba de una responsabilidad compartida de los países y la Secretaría para lograr que la información sea actualizada y fidedigna y para desalentar la creación de fuentes múltiples de los mismos datos. Pidió a los países informar a la Organización si recibían más de una solicitud de información sanitaria. De igual manera, si recibían solicitudes de estadísticas de salud de otros organismos, sugirió que esos organismos fueran referidos a la OPS. También instó a los países a seguir sus esfuerzos para mejorar sus registros de estadísticas vitales, que constituyen la columna vertebral del sistema regional de información. El Dr. Alleyne señaló que la información, como cualquier otro recurso, genera costos. La Organización tenía que sufragar costos de tiempo, energía eléctrica y equipo, pero los costos eran mayores a nivel de los países. Esperaba que la respuesta positiva de los países a la iniciativa de datos básicos iba a significar que estaban comprometidos a hacer las inversiones necesarias a nivel nacional y a trabajar con la Organización para conseguir que esta pueda cumplir su mandato de servir como depositaria principal de la información sanitaria en las Américas.

El Comité aprobó la resolución CE120.R7.

### ***Salud oral (documento CE120/12)***

La Dra. Saskia Estupiñán (Asesora Regional en Salud Bucodental, OPS) empezó su exposición con estadísticas que databan del año 20.000 A.C. para ilustrar que los problemas dentales se encontraban entre los problemas de salud conocidos más temprano por la humanidad. Luego presentó datos sobre la prevalencia de los problemas de salud bucodental en la Región y describió la estrategia de la OPS para mejorar la salud bucodental en las Américas.

La caries dental es el problema de salud más común entre los niños de la Región, ya que afecta a un 90% de la población de 5 a 17 años. Sin embargo, gracias a la intervención temprana, la caries dental podría prevenirse o tratarse a un costo reducido. Otros problemas significativos de salud bucodental en la Región eran el noma (*cancreum oris*), cánceres de la cavidad bucal y faríngea, y las manifestaciones bucodentales de la infección por el VIH y el SIDA. Aunque estos problemas eran en gran parte prevenibles, la atención dental y la formación de los dentistas se orientaba principalmente a las intervenciones curativas. Como resultado, agregó, se observaba una escasez de programas organizados de prevención, a pesar de su eficacia comprobada.

La estrategia de salud bucodental de la OPS se orienta fundamentalmente a la prevención. Los objetivos concretos para la cooperación técnica de la OPS en esta esfera eran promover el mejoramiento de las condiciones de salud bucodental en los países de las Américas, haciendo hincapié en aquellos que presentaron la mayor carga de morbilidad, y ayudar a los países a establecer servicios de salud bucodental accesibles, eficaces y sostenibles. Con miras a elaborar estrategias focalizadas, se había desarrollado una tipología según la cual los países se clasificaban según su etapa de desarrollo en materia de salud bucodental, sobre la base del índice de DCPO-12 (índice de dientes cariados/perdidos/obturados en niños de 12 años de edad). La estrategia de salud bucodental de la OPS procura ayudar a los países que se encuentran en los niveles más bajos del proceso continuo de desarrollo de la salud bucodental para que se acerquen a los niveles más altos hasta que alcancen la etapa más alta de consolidación, definida por la OMS como un índice de DCPO-12 de menos de 3.

Otro elemento clave de la estrategia de la OPS es la promoción de los programas de fluoración, que se consideraban como los medios más eficaces en función de los costos de prevenir la caries dental. En 1994, la Organización lanzó un plan de varios años para apoyar la ejecución de los programas de fluoración del agua y de la sal en los países. Los detalles de las actividades en esta esfera pueden encontrarse en *Actividades de salud oral de la OPS, 1994-1996* (anexo C del documento CE120/12). La estrategia también buscaba aumentar la cobertura de atención de salud bucodental; mejorar la eficiencia, la eficacia y la equidad de los sistemas de salud bucodental en el sector público, y promover el desarrollo y el adiestramiento de los recursos humanos para la salud bucodental. La cooperación técnica de la Organización en estas esferas estaba dirigida a ayudar a los países a fortalecer la organización y prestación de servicios de atención integral de salud bucodental y a promover el desarrollo y el adiestramiento de recursos humanos apropiados a las necesidades de los países.

La estrategia de salud bucodental no podía ponerse en práctica sin que se forjaran alianzas estratégicas con los sectores público y privado y se movilizaran fondos extrapresupuestarios. El Programa de Salud Oral, por consiguiente, estaba colaborando con varios organismos gubernamentales y ONG en la puesta en práctica de programas de fluoración y otras actividades de salud bucodental. En el documento mencionado se incluyeron más detalles sobre las actividades del Programa en este sentido.

Cuando el tema de la salud bucodental se trató en la 27.ª Reunión del Subcomité de Planificación y Programación, varios representantes observaron que la salud bucodental no se consideraba una prioridad de salud pública en muchos países, a pesar del costo de los problemas de salud bucodental en los países en desarrollo y la eficacia en función de los costos comprobada de las medidas preventivas. También se señaló que había barreras económicas, políticas y geográficas a la puesta en práctica de los programas de fluoración. Dadas las limitaciones financieras actuales dentro de la Organización, se recalcó la importancia de movilizar el apoyo extrapresupuestario y los recursos, y se elogió al Programa por su éxito en este sentido.

Muchos de los mismos puntos se reiteraron durante el debate del Comité Ejecutivo sobre este tema. El Comité elogió a la Organización por sus esfuerzos por aumentar la toma de conciencia sobre el problema de la salud bucodental. También expresó su apoyo decidido al enfoque preventivo y a la orientación de salud pública de la estrategia de salud bucodental de la OPS. Se señaló que los esfuerzos anteriores destinados a mejorar la salud bucodental se habían centrado en gran parte en mejorar el adiestramiento de los dentistas; sin embargo, el adiestramiento no necesariamente repercutió sobre los aspectos de salud pública de salud bucodental. Se hizo hincapié en la necesidad de incorporar más componentes en relación con la prevención y la odontología de salud pública en los programas de estudios de las escuelas de odontología, así como la necesidad de aumentar el número de personal auxiliar adiestrado, que podría asumir la responsabilidad de muchos aspectos educacionales y preventivos de la atención de salud bucodental. Un representante observó que el adiestramiento de los profesionales de salud bucodental debía coordinarse con el adiestramiento de otros profesionales de la salud y que los profesionales de salud bucodental debían integrarse en el equipo general de atención de salud a nivel local.

Se sugirió que el documento debería prestar mayor atención al tema del ejercicio profesional odontológico deficiente e inseguro. Un aspecto de especial interés fue el potencial de transmisión de enfermedades infecciosas, especialmente la hepatitis B, durante las intervenciones bucodentales. También se señaló que varios países no tenían ningún mecanismo vigente para velar por que el equipo usado por los dentistas en el ejercicio privado de la profesión fuera seguro y mantenido adecuadamente. La OPS podría ayudar a los países a dar asesoramiento técnico para la formulación de normas y reglamentos que contribuyan a velar por la seguridad de los servicios de atención de salud bucodental. Los países también solicitaban ayuda técnica de la OPS para determinar cuál sería la estrategia de fluoración más conveniente a sus necesidades y circunstancias y para fundamentar la eficacia y la inocuidad de la fluoración, dado que el tema de la fluoración es algo polémico. El Comité recomendó que este tema fuese debatido por el Consejo Directivo, a objeto de obtener el apoyo más amplio posible a la ejecución de la estrategia de salud bucodental.

La Dra. Estupiñán estuvo de acuerdo en que la transmisión de las enfermedades infecciosas constituía una inquietud importante con relación a la salud bucodental. Añadió que parte de la labor del Programa consistía en tratar de aplicar medidas para reducir al mínimo los riesgos de la transmisión. Dijo que en los tres años anteriores, la OPS había ayudado a impartir adiestramiento a más de 2.000 dentistas de toda la Región en las medidas para prevenir la transmisión de estas enfermedades, y tal adiestramiento iba a ser una actividad constante para el Programa. Otra esfera de actividad para el Programa en el futuro sería el perfeccionamiento de los servicios de salud bucodental del sector público, muchos de los cuales carecen de los materiales y el equipo necesarios. En cuanto a la selección de la mejor estrategia de fluoración, señaló que es posible utilizar varias vías para suministrar el flúor, a saber: agua, sal, leche, dentífrico, colutorio y otros), y al hacer sus recomendaciones en cuanto a la vía más apropiada, el Programa consideraba varios factores, en especial, la eficacia en función de los costos y la factibilidad técnica.

El Director observó que la respuesta entusiasta a la intervención de la Dra. Estupiñán revelaba que había sido una decisión acertada de la Secretaría el someter el tema de la salud bucodental a la consideración de los Cuerpos Directivos. Quedó también claro, a juzgar por los comentarios del Comité, que la salud bucodental se consideraba un área prioritaria de acción para la OPS. Recalcó que la cantidad relativamente pequeña asignada a la salud bucodental en el presupuesto ordinario de la Organización no debía verse como un indicio de que no se consideraba una prioridad, sino sencillamente un reflejo del hecho de que los recursos eran limitados. En este sentido, reconoció el apoyo extraordinario que ha recibido la Organización de la Fundación W. K. Kellogg para su labor en materia de salud bucodental. Finalmente, recalcó el valor de los intercambios de experiencias y de cooperación técnica entre los países de las Américas. En el proyecto de presupuesto para 1998-1999, se había incrementado el financiamiento para la cooperación técnica entre países precisamente para fomentar el intercambio entre los países en esferas como la salud bucodental.

El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE120.R6.

#### *Salud de los adolescentes (documento CE120/13)*

La Dra. Matilde Maddaleno (Asesora Regional en Salud de los Adolescentes, OPS) informó sobre algunas de las actividades emprendidas por la División de Promoción y Protección de la Salud en el marco del Plan de Acción para la Salud de los Adolescentes en las Américas, aprobado por el Consejo Directivo en 1992, y describió la estrategia regional para la salud de los adolescentes durante el período 1998-2001. Empezó por señalar que la salud de los adolescentes y los jóvenes era un elemento clave para lograr el progreso social, económico y político de los países de la Región en el próximo siglo, y presentó una serie de estadísticas de la situación demográfica, socioeconómica y sanitaria de este grupo de población.

El Plan de Acción adoptado en 1992 exhortaba a los Estados Miembros a elaborar políticas, planes y programas nacionales sobre salud de los adolescentes; a promover la colaboración entre las diversas entidades, tanto gubernamentales como no gubernamentales, interesadas en la salud de los adolescentes, y a promover la participación de los adolescentes en la promoción de la salud. Una evaluación de los progresos logrados efectuada en 1996 había revelado que la mayoría de los países habían establecido programas nacionales de salud de los adolescentes, pero pocos habían establecido políticas públicas concretas sobre la salud de los adolescentes. La evaluación también había indicado que los encargados de la toma de decisiones asignaban al tema de salud de los adolescentes una prioridad relativamente baja. Además, se encontró que hacían falta recursos humanos capacitados a todos los niveles, que la calidad de los servicios de salud para los adolescentes solía ser inadecuada, que la difusión de información acerca de la salud de los adolescentes era sumamente limitada y que había poca participación activa de los adolescentes en los programas de salud.

Sobre la base de las lecciones aprendidas durante la ejecución del Plan de Acción de 1992 y de un conjunto creciente de pruebas de que los programas destinados a atender problemas

concretos, como el embarazo en adolescentes o el consumo de drogas, logran pocos efectos duraderos sobre la salud y el desarrollo general de los adolescentes, el Programa de Salud de los Adolescentes propuso un nuevo marco conceptual para promover la salud de los adolescentes. El núcleo del nuevo marco conceptual es la idea de que el desarrollo de los adolescentes ocurre en el contexto de la familia y en el entorno socioeconómico, político y social más amplio. El marco se orientaba hacia la promoción del desarrollo general de los adolescentes como estrategia para prevenir futuros problemas de salud. El Plan de Acción para el período 1998-2001 formulado dentro de este marco conceptual para el período 1998-2001 se centraría en tres esferas prioritarias de acción: 1) abordar las necesidades de salud de los adolescentes por medio del desarrollo de servicios de salud, de orientación y de educación sanitaria; 2) promover el desarrollo de un futuro saludable y la prevención de problemas futuros asignando particular importancia a los preadolescentes en el entorno escolar, y 3) instar a los adolescentes a ser agentes del cambio en sus familias y comunidades, haciendo hincapié en darle a la juventud tanto participación como poder de decisión.

El documento esbozaba una amplia gama de actividades que se llevarían a cabo de conformidad con el Plan en el desarrollo de programas, políticas y planes; desarrollo de recursos humanos; difusión de información; investigación; comunicación y promoción de la causa de la salud de los adolescentes, y movilización de recursos. Se pidió al Comité Ejecutivo comentar sobre la validez del nuevo marco conceptual y del Plan de Acción propuesto para 1998-2001.

Cuando el Subcomité de Planificación y Programación examinó una versión anterior del documento en su 27.ª reunión, apoyó plenamente el método holístico preconizado por el Programa y señaló la necesidad de actuar a nivel intersectorial para asegurar el éxito del método. Se sugirió que debería agregarse al documento más información sobre los adolescentes en el Caribe, además de mencionar la importancia que tienen para los jóvenes el ejercicio y el mantenimiento de la buena forma física. El Subcomité identificó varias maneras importantes mediante las cuales la OPS podría ayudar a los países en materia de salud de los adolescentes, en especial ayudar a formular indicadores nuevos para evaluación de programas, concebir estrategias para contrarrestar la glorificación de la violencia por los medios de comunicación, promover otros modelos holísticos para la prestación de servicios de salud y difundir información sobre los problemas de salud de los adolescentes. La OPS también debe ejercer el liderazgo en las actividades intersectoriales y debe buscar oportunidades de colaboración con otros organismos, ya que los recursos al alcance de la Organización para las actividades en esta esfera son limitados.

El Comité Ejecutivo elogió al Programa por las mejoras efectuadas en el documento después de la reunión del Subcomité. Consideró que el marco conceptual y el Plan de Acción propuesto eran adecuados. Los representantes se hicieron eco de muchos de los comentarios hechos por el Subcomité. En particular, aplaudieron el enfoque holístico del marco conceptual y la importancia que asigna a la prevención y la promoción de la salud. En este sentido, se subrayó la necesidad de prestar atención especial a los preadolescentes para prevenir otros problemas durante la adolescencia. También se elogió la importancia que se asigna a la familia,



así como la idea de considerar a los adolescentes y a los jóvenes como agentes del cambio social. La participación y el liderazgo de la juventud se consideraron aspectos clave del marco conceptual y del Plan de Acción. Varios representantes destacaron la importancia de fomentar el liderazgo entre los adolescentes, que se convertirían en los líderes del futuro. Al mismo tiempo, si bien se consideró adecuado un enfoque orientado a la salud de los adolescentes en el futuro, se recalcó que los adolescentes forman una parte vital del presente. Por lo tanto, había que alentarlos a asumir la responsabilidad de sus decisiones y actos en el presente, aunque con el apoyo necesario de sus padres, profesores, líderes políticos y las instituciones que los ayudaban a configurar su vida.

Al igual que el Subcomité, el Comité Ejecutivo recalcó la necesidad de llevar a cabo acciones intersectoriales e interinstitucionales para abordar los innumerables aspectos que influyen en la salud de los adolescentes. El Comité consideró que a la OPS le cabía un papel de liderazgo claro al proponer tal enfoque. Varios representantes recalcaron la importancia de incorporar una perspectiva de género en las actividades destinadas a promover la salud de los adolescentes. Se señaló que la incorporación de una perspectiva de género significaría prestar atención especial a los adolescentes varones y al concepto de la masculinidad, en particular en los esfuerzos para modificar los comportamientos arraigados culturalmente como la violencia. Se observó la conexión entre los factores macroeconómicos y muchos de los problemas de los adolescentes, y se subrayó la necesidad de buscar maneras de que tales factores no tuvieran un efecto perjudicial sobre su salud. El Representante del UNICEF sugirió que el concepto de los derechos de los adolescentes debe estar incluido más explícitamente en el marco conceptual y recalcó la necesidad de traducir ese concepto en aplicaciones programáticas. El Representante de Cuba informó al Comité que su país iba a ser sede de un festival internacional de la juventud en julio de 1997, durante el cual se abordarían temas de interés para los jóvenes, en especial la salud.

La Dra. Maddaleno dijo que los retos más grandes que se habían planteado al Programa habían sido encontrar maneras de lograr la acción intersectorial y promover la participación de los jóvenes a los niveles nacional y local. En cuanto al problema de la violencia entre los adolescentes, señaló que el Programa estaba coordinando sus esfuerzos con los del Programa de Modos de Vida Sanos y Salud Mental en el marco del Plan Regional de Acción sobre Violencia y Salud. También señaló que los programas de ciudades/comunidades sanas podrían ser un estímulo para el desarrollo de iniciativas de salud de los adolescentes y viceversa. Aseguró al Comité que la perspectiva de género estaba incorporada en cada aspecto del Programa y del Plan de Acción. Finalmente, agradeció al Representante del UNICEF sus comentarios y estuvo de acuerdo en que era importante promover la idea de los adolescentes como personas con derechos.

El Director señaló que la importancia que la Organización asignaba a la salud de los adolescentes se reflejaba en la mayor asignación presupuestaria y en la creación de dos puestos nuevos en esta esfera de trabajo. Añadió que le complacía constatar que los representantes habían reconocido la naturaleza intersectorial del tema y que apoyaban la participación de otros

sectores y ministerios en la aplicación de la cooperación técnica de la OPS a nivel de país. En cuanto al tema del género, según había observado en otras ocasiones, a su modo de ver el problema principal que requería la atención de la Organización era el de la discriminación contra las mujeres. Aunque reconoció la necesidad de prestar atención a otros temas relacionados con el género que afectan a los hombres, mientras siguiera existiendo la discriminación contra las mujeres y continuaran sus repercusiones sobre la salud este problema seguiría siendo uno de los centros de interés de la OPS.

El Comité aprobó la resolución CE120.R8.

#### *Nutrición (documento CE120/14 y Corrig. I)*

La Dra. Wilma Freire (Coordinadora del Programa de Alimentación y Nutrición, OPS) esbozó los componentes y las líneas de acción del Plan Regional de Acción sobre Alimentos y Nutrición, que había sido examinado por el Subcomité de Planificación y Programación en dos ocasiones anteriores. Los comentarios y las sugerencias del Subcomité se habían incorporado en el Plan, que ahora se estaba presentando al Comité Ejecutivo para su examen y aprobación.

La funcionaria presentó una serie de estadísticas que ilustraban la magnitud de los problemas relacionados con la nutrición en la Región. Estos problemas incluían no solo la malnutrición, que seguía siendo una grave inquietud de salud pública, sino también los problemas emergentes de la obesidad y las enfermedades crónicas relacionadas con el régimen alimentario. Con el Plan Regional de Acción se procuraba abordar no solo los factores determinantes biológicos sino también las causas fundamentales de todos estos problemas. Las metas concretas del Plan eran las de malnutrición, carencias de micronutrientes y lactancia materna adoptadas por la Cumbre Mundial en favor de la Infancia en 1990 y por la Conferencia Internacional sobre Nutrición en 1992, así como una meta relacionada específicamente con la obesidad, a saber: la identificación de los factores fundamentales y la elaboración de modelos para la prevención de la obesidad y enfermedades crónicas relacionadas con el régimen alimentario.

Agregó la Dra. Freire que, según el Plan, había dos ámbitos principales para la acción: 1) la seguridad alimentaria y nutricional, que abarca la promoción de la lactancia materna, promoción de la alimentación complementaria apropiada y promoción y educación para mejorar el acceso y el consumo de alimentos, y 2) prevención y control de problemas vinculados a la malnutrición, incluida la malnutrición proteinoenergética, las carencias de micronutrientes, y la obesidad y enfermedades crónicas asociadas con el régimen alimentario. La Organización prestaría cooperación técnica para apoyar una variedad de actividades en estas dos esferas. Además, cooperaría para ayudar a los países a formular planes nacionales de alimentación y nutrición, la vigilancia de la alimentación y la nutrición, la formación y capacitación de recursos humanos para la gestión de las intervenciones nutricionales, y la promoción de la investigación científica en temas relacionados con la nutrición. Las estrategias adoptadas por el Programa para ejecutar el Plan de Acción incluían promoción de la causa para lograr apoyo político y técnico

a las intervenciones y asignación de recursos; la acción multisectorial; el uso de los medios de comunicación; el fortalecimiento de la participación comunitaria; la difusión de documentos de posición en áreas prioritarias de la cooperación técnica, y la coordinación de las acciones con los centros panamericanos de la OPS (CFNI, INCAP, CLAP), con otros organismos internacionales y con ONG y otras organizaciones de la sociedad civil.

La asignación del presupuesto ordinario de la OPS para las actividades de alimentación y nutrición permitiría que el Programa ejecutara el Plan de Acción. Sin embargo, el financiamiento extrapresupuestario sería esencial para fortalecer las actividades, y, por consiguiente, el Programa había preparado propuestas para presentar a los posibles donantes.

Cuando el Subcomité de Planificación y Programación trató el tema de la nutrición en su 27.ª reunión, varios representantes comentaron que el Plan de Acción presentado era muy similar a los planes nacionales vigentes sobre alimentación y nutrición. El fortalecimiento de los sistemas de vigilancia de la alimentación y la nutrición se consideraba un aspecto importante para la cooperación técnica de la OPS con los países. Los representantes también recalcaron que era importante para los ministerios de salud y otras instituciones de salud dar el buen ejemplo al promover la buena nutrición entre su personal y al proporcionar ambientes de trabajo favorables a la lactancia materna.

El Comité Ejecutivo felicitó a la Dra. Freire por su exposición, que estaba bien organizada e incorporaba cifras del presupuesto. El Comité encontró que las líneas de acción propuestas eran apropiadas y sostenibles. Diversos representantes elogiaron al Programa por la inclusión de actividades para abordar el problema creciente de la obesidad. Se subrayó la necesidad de coordinar las actividades con el sector de la educación. Se dijo que la educación en cuestiones de nutrición a partir de la niñez resultaba esencial para instilar hábitos dietéticos saludables al comienzo de la vida y, de ese modo, prevenir problemas como la obesidad que, según señalaron varios representantes, estaba volviéndose cada vez más prevalente entre los niños. El Comité recalcó la conexión entre la pobreza y la persistencia de la malnutrición en la Región. En este sentido, se señaló que la buena nutrición era un factor crucial para interrumpir el ciclo de la pobreza y para el logro de la equidad.

El Comité mencionó varias áreas clave para la cooperación técnica de la OPS, incluido el adiestramiento, la formulación de estrategias para la vigilancia y evaluación de los programas de fortificación, y la formulación de normas sobre lactancia materna. Con respecto a los programas de fortificación, se recalcó la necesidad de fortificar los alimentos populares que se consumen ampliamente, para así llegar a un sector más numeroso de la población. También se señaló que es esencial trabajar con el sector privado en los programas de fortificación, ya que es en el sector privado donde se producen y procesan los alimentos. Con relación a la lactancia materna, un representante señaló que las normas de la OMS no se adaptaban a la Región de las Américas. Solicitó la ayuda de la OPS para la formulación de normas apropiadas, en particular con respecto a la transmisión del VIH y la lactancia materna. Los representantes de dos países del Caribe sugirieron que el documento debería incluir más información sobre la función del

Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) en los esfuerzos de la Organización para abordar los problemas relacionados con la malnutrición.

La Dra. Freire dijo que la obesidad y las enfermedades asociadas con el régimen alimentario constituían las principales preocupaciones del Programa. Dado que estos eran problemas complejos con causas fundamentales múltiples, las soluciones debían estar vinculadas con todo el ciclo de vida. El Programa estaba explorando una variedad de enfoques para determinar cuál resultaría más eficaz. Uno de ellos sería la educación para promover hábitos y modos de vida saludables. Otro sería la promoción de la lactancia materna, que también podría ayudar a prevenir la obesidad. Con respecto al trabajo del CFNI, señaló que el Programa trabajaba en estrecha coordinación con ese centro panamericano y con el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP). Esos centros panamericanos colaboraban en la formulación de planes de trabajo para sus subregiones respectivas y para cada país en dichas subregiones. El Programa celebra reuniones anuales con representantes de los dos centros panamericanos para examinar sus programas y hacer los ajustes necesarios.

El Director agregó que el CFNI y el INCAP formaban parte integral del Programa. La información detallada acerca de sus programas individuales no se había incluido en el documento porque la Secretaría no consideraba apropiado incluir tal información en los informes sobre los programas regionales; sin embargo, la Secretaría estaría dispuesta a proporcionar más información a cualquier representante que deseara tenerla.

El Comité coincidió con el Director en que este tema había sido tratado ampliamente tanto por el Subcomité de Planificación y Programación como por el Comité Ejecutivo y que por lo tanto, no había necesidad de someterlo a la consideración del Consejo Directivo.

El Comité aprobó la resolución CE120.R9.

***Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas (documento CE120/15 y Add. I)***

El Dr. Fernando Zacarías (Coordinador, Programa del SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual, OPS) examinó el estado actual de la infección por el VIH/SIDA y de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en la Región de las Américas, el progreso alcanzado por los programas nacionales contra el SIDA, la cooperación técnica prestada por la OPS y la colaboración de la Organización con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Informó que casi 800.000 casos de SIDA se habían notificado en las Américas desde el comienzo de la epidemia, mientras que unas 2,5 millones de personas en la Región habían quedado infectadas por el VIH. Además, cada año ocurren entre 30 y 40 millones de casos de ETS. Desde sus comienzos en los primeros años ochenta, los programas nacionales de prevención del SIDA habían establecido la infraestructura necesaria así como la experiencia y los conocimientos en una amplia gama de intervenciones eficaces. Ahora estaban tratando de incorporar otros sectores en la respuesta a la infección por el VIH/SIDA. Los programas de al

menos 12 países habían alcanzado un nivel que les permitía prestar asistencia a los países vecinos.

Varias innovaciones científicas y tecnológicas que ahora están al alcance de los países tendrían repercusiones sobre las políticas. Entre esos adelantos se encuentran los medicamentos contra los retrovirus que, al usarlos combinados con otros fármacos, había demostrado su poder de reducir los niveles del VIH en el cuerpo a niveles no detectables. Como resultado, los gobiernos cada vez soportan mayores presiones para suministrar esos medicamentos a los pacientes, cuyo costo es de alrededor de \$15.000 por año por persona. Otro adelanto consiste en un tratamiento mejorado de las infecciones oportunistas. Sin embargo, las tasas de tuberculosis, que es la más grave de esas infecciones, habían aumentado extraordinariamente en algunos países, lo que exigía la aplicación de medidas de control aceleradas.

Desde el inicio del ONUSIDA en 1996, la OPS había estado trabajando estrechamente con este organismo, dando asesoramiento técnico y conocimientos, colaborando en los planes de trabajo y participando en grupos interinstitucionales que en ocasiones ha dirigido. Como parte del Plan Regional de Acción 1996-1999, el programa regional de la OPS sobre el SIDA seguiría apoyando la respuesta multisectorial promovida por el ONUSIDA. Junto con las actividades relacionadas con la infección por el VIH/SIDA, el Plan exigía fortalecer los programas de prevención y control de las ETS por medio de intervenciones que apunten a factores conductuales y biomédicos que determinan la tasa de propagación de una enfermedad de transmisión sexual en la comunidad. En el próximo bienio, el programa regional dirigiría gran parte de sus esfuerzos hacia los adolescentes y los adultos jóvenes. Seguiría colaborando con los programas nacionales contra el SIDA para ayudarles a afrontar los retos y aprovechar las oportunidades en la batalla contra la infección por el VIH/SIDA. Uno de los principales elementos para ganar esa batalla sería el liderazgo, a todos los niveles y en todos los sectores de la sociedad.

Observando que, desde 1987, la Secretaría había informado sobre el SIDA a los Cuerpos Directivos todos los años, el Dr. Zacarías sugirió que podría considerarse la reducción de esa periodicidad, teniendo presente que la Secretaría seguiría manteniendo a los países y a los Cuerpos Directivos informados de cualquier suceso pertinente.

Varios miembros del Comité expresaron la opinión de que el liderazgo continuo de la OPS en los esfuerzos de prevención del SIDA en las Américas era inestimable, a pesar de la existencia del ONUSIDA. Agregaron que este último programa no estaba todavía en pleno funcionamiento en algunos países y que hasta el momento se desconocía su potencial de liderazgo. Se reconoció que la OPS se había esforzado por forjar vínculos con el ONUSIDA, y se instó a la Organización a seguir ayudando al ONUSIDA a que aplique su enfoque multisectorial y aliente a los países a trabajar con este programa nuevo. Se recalcó que la participación de todos los sectores en la lucha contra el SIDA es vital.

Se expresó apoyo para los métodos y las líneas de la cooperación técnica esbozados en el documento. Los países seguían necesitando la ayuda de la OPS para aspectos tales como evaluación de sus labores de prevención del SIDA y de los esfuerzos de educación, en particular con respecto al uso de los medios de comunicación, y la difusión de la información más actualizada, exacta e imparcial sobre la epidemia de infección por el VIH/SIDA y sobre los adelantos científicos para combatirla. De interés particular serían las actualizaciones frecuentes de la información sobre la eficacia del régimen de farmacoterapia triple, tanto para proteger a los individuos infectados por el VIH como para reducir las tasas de transmisión en una comunidad. La creciente demanda de estos medicamentos muy costosos ejercería mayor presión ética y financiera sobre los países. Un representante declaró que sería imposible para cualquier país correr con los gastos de dar tratamiento a todos los pacientes, porque el costo excedería la capacidad de adquisición de medicamentos de un país. Varios representantes sugirieron que la OPS debía explorar posibles maneras de reducir el costo para los países, como acuerdos para compras conjuntas.

La mayor atención que se presta a las ETS fue muy bien recibida, igual que la estrategia de vincular la prevención del SIDA y la prevención de las ETS y de asignar gran importancia a los jóvenes. Se señaló la necesidad de contar con datos de base para hacer comparaciones sobre el comportamiento sexual.

El Dr. Zacarías estuvo de acuerdo en que un análisis de la información sobre los nuevos tratamientos sería útil a los países en la formulación de políticas y el establecimiento de prioridades. Informó que la OPS ya había empezado a explorar la factibilidad de efectuar compras conjuntas de medicamentos para aliviar parte de la presión financiera que soportan los países. Recordó que la Organización había llevado a cabo evaluaciones del impacto de los programas de educación en cinco países y declaró que ese tipo de proyectos debe seguir. La falta de recursos obstaculizaba los esfuerzos para recabar datos sobre el comportamiento sexual. A su modo de ver, deberían utilizarse más los medios de comunicación, especialmente la televisión, para difundir los mensajes de prevención del SIDA; la OPS había apoyado tales iniciativas en los canales tanto nacionales como internacionales. Dio seguridades al Comité de que la OPS no abandonaría su función en materia de prevención de la infección por el VIH/SIDA, aunque el programa regional se hubiera tornado menos visible, debido a la pérdida de recursos humanos y financieros desde la creación del ONUSIDA. Sin embargo, expresó que resultaba reconfortante observar que había aumentado la participación de otros organismos y sectores.

El Director recalcó que ya que el SIDA era fundamentalmente un problema de salud, el sector de la salud debe tomar la delantera en combatirlo, y se comprometió a que la OPS seguiría ejerciendo el liderazgo. Sin embargo, la Organización también colaboraría con el ONUSIDA y lo apoyaría como siempre lo había hecho. La OPS estaba tratando de persuadir al ONUSIDA de que sus mecanismos de coordinación ordinarios tenían que ser modificados en las Américas, ya que no todos los organismos patrocinantes estaban representados en todos los países. En cuanto a las compras conjuntas de medicamentos que se proponía, prometió que la

OPS suministraría los resultados de un análisis de factibilidad tan pronto estuviese listo. También aseguró al Comité que, independientemente de la periodicidad de los informes oficiales sobre la infección por el VIH/SIDA a los Cuerpos Directivos, la Organización cumpliría su responsabilidad de proporcionar información de alta calidad a los países. La OPS estaba convencida de la necesidad de un sistema único de notificación para el SIDA y otros problemas de salud, y no aconsejaría a los países que establecieran otro sistema para el SIDA.

El Comité aprobó la resolución CE120.R21.

***Informe de la X Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial (documento CE120/16)***

El Dr. Primo Arámbulo III (Coordinador, Programa de Salud Pública Veterinaria, OPS) informó sobre las actividades y las conclusiones de la X Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial (RIMSA X), que había tenido lugar en la sede de la OPS en abril de 1997. La finalidad de la reunión había sido doble: tratar los temas de interés mutuo para el sector agropecuario y el de la salud, y examinar los presupuestos por programas del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) y del Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ) para 1998-1999 y 2000-2001.

Durante las seis sesiones plenarias, los delegados a la reunión habían examinado y tratado los avances logrados en los planes estratégicos en salud pública veterinaria que estaban ejecutando los países con la cooperación técnica de la OPS, como la eliminación de la rabia, la erradicación de la fiebre aftosa y la tuberculosis bovina, y la protección alimentaria. Dos paneles habían abordado la integración y elaboración de los programas de protección de alimentos y habían incluido el debate del Codex Alimentarius y la inocuidad de los alimentos, un examen de los programas nacionales de inocuidad de los alimentos de cinco países y un análisis de la participación del sector privado en los programas integrados de protección de alimentos. A petición de varios Estados Miembros, también había habido exposiciones especiales sobre la reducción de posibles peligros de contaminación de los alimentos y enfermedades transmitidas por los alimentos y sobre formas de afrontar las zoonosis emergentes por medio de un enfoque intersectorial.

La Reunión había aprobado ocho resoluciones, entre ellas dos que recomendaban que los Cuerpos Directivos de la Organización aprobaran los presupuestos por programas del PANAFTOSA y del INPPAZ. Las resoluciones se incluían en el Informe Final de RIMSA X, anexo al documento CE120/16. En resumen, por las resoluciones se había solicitado a los Estados Miembros que fortalecieran sus actividades intersectoriales para asegurar la inocuidad de los alimentos, aumentar su participación en las actividades del Codex Alimentarius, mantener su compromiso político de erradicar las zoonosis prevalentes y fortalecer los sistemas de información, especialmente los de las enfermedades transmitidas por los alimentos. Además, al Director de la OPS se le había solicitado seguir prestando cooperación en las esferas de zoonosis

y protección de alimentos mediante el Programa de Salud Pública Veterinaria de la Organización.

Durante el debate que siguió en el seno del Comité Ejecutivo, los temas destacados como de inquietud especial fueron las zoonosis emergentes (como parte del problema más grande de las enfermedades emergentes y reemergentes) y la inocuidad de los alimentos. Se puso de relieve la necesidad de que los países colaboren para combatir los problemas de inocuidad de los alimentos que afectan a todos.

Con respecto a la inocuidad de los alimentos, el Dr. Arámbulo informó al Comité que parte de la cooperación técnica de la OPS con los países consistía en impartir adiestramiento para que pudieran usar las metodologías más avanzadas de inspección de alimentos, como el sistema de análisis de peligros en puntos críticos de control (APPCC). En materia de zoonosis emergentes, la Organización estaba trabajando con centros colaboradores de la OMS, así como con otras instituciones nacionales en toda la Región, para fortalecer las capacidades de diagnóstico y vigilancia, con referencia especial al control de la peste, la encefalitis equina venezolana y la leptospirosis, y a prevenir la introducción de la encefalopatía espongiiforme bovina (EEB) en las Américas.

El Director felicitó a los países que habían liberado todo o parte de su territorio de la fiebre aftosa. Señaló que la erradicación de esa enfermedad en las Américas tendría extraordinaria importancia económica, que sumaría miles de millones de dólares. Agradeció a los Gobiernos de Argentina y Brasil su apoyo al INPPAZ y al PANAFTOSA, respectivamente, y al Brasil por aumentar su contribución al PANAFTOSA y aportar la nueva sede para el Centro, que se ha previsto inaugurar en noviembre de 1997. Aunque PANAFTOSA asumiría responsabilidades relacionadas con otras zoonosis, el Director aseguró al Comité que el INPPAZ no abandonaría sus responsabilidades vigentes durante la transición. Observando que los participantes en la X RIMSA habían sido predominantemente ministros de agricultura, sugirió que las futuras reuniones de RIMSA deberían incluir mayor participación del sector de la salud y otros sectores, ya que los temas tratados guardaban relación con la salud de los seres humanos.

El Comité tomó nota del informe y lo respaldó (decisión CE120.D3).

#### ***Salud de los pueblos indígenas (documento CE120/17)***

La Dra. Sandra Land (Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, OPS) puso al corriente al Comité sobre el progreso en la ejecución de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, emprendida en 1993 de conformidad con la resolución CD37.R5. Esa resolución aportaba el marco de referencia para los esfuerzos de la OPS y sus Estados Miembros, en colaboración con los pueblos indígenas mismos, para encontrar soluciones prácticas y sostenibles a los graves problemas de mala salud y condiciones de vida deficiente que afrontan muchos de estos pueblos en toda la Región.



El informe sobre el progreso en la ejecución de la Iniciativa y los planes futuros se presentó en el contexto de cuatro aspectos clave: 1) la detección y el monitoreo de las diferencias étnicas en la situación sanitaria y la prestación de servicios, considerando el carácter multicultural de la mayoría de los países de la Región; 2) la formación de capacidad entre los indígenas y forja de alianzas estratégicas; 3) promoción y seguimiento interprogramático y de los esfuerzos de nivel nacional, y 4) valoración de los sistemas de salud y los curanderos tradicionales, a la vez que los servicios de salud básicos se hacen más adecuados desde el punto de vista cultural. Hasta la fecha, el trabajo se había concentrado en cinco áreas: fortalecimiento de la capacidad operativa y desarrollo de alianzas; apoyo a los procesos y proyectos nacionales y locales; destinar y movilizar recursos para proyectos que aborden problemas de salud prioritarios y satisfagan las necesidades de los pueblos vulnerables; desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de salud tradicionales, y la coordinación y la promoción de la difusión y el intercambio de información científica y técnica. La Dra. Land informó que los Estados Miembros habían logrado avances en fortalecer la capacidad de las instituciones nacionales y locales responsables de la salud indígena y en ejecutar acciones intersectoriales en la esfera de la salud y el ambiente, en colaboración con organizaciones indígenas. En el área de los sistemas y servicios de salud, se habían emprendido esfuerzos para desarrollar modelos alternativos de atención que incluían a la medicina tradicional. La Organización había promovido la participación de los indígenas y sus comunidades, movilizado recursos adicionales para la puesta en práctica de la Iniciativa y coordinado un esfuerzo regional interprogramático. El documento daba mayores detalles acerca de las actividades emprendidas en cada esfera.

Sobre la base de la experiencia adquirida durante 1993-1996, se propusieron cuatro áreas de trabajo principales para 1997-1998: planificación estratégica y gestión para apoyar el progreso continuo en la ejecución de la Iniciativa; desarrollo y fortalecimiento de los programas prioritarios para la salud indígena; organización y prestación de servicios de salud en comunidades multiculturales, y producción y difusión de información científica, técnica y pública sobre salud y condiciones de vida de los pueblos indígenas. Al Comité Ejecutivo se le pidió examinar los avances logrados en 1996 y formular comentarios sobre la cooperación técnica planificada para el próximo bienio.

En la reunión de abril de 1997 del Subcomité de Planificación y Programación, se recalcó que una de las principales dificultades que es necesario superar para dar acceso a los servicios de salud a los grupos indígenas es su aislamiento geográfico. Además, han padecido de aislamiento político, social y cultural, lo que exige esfuerzos para mejorar su participación política así como sus aptitudes de negociación y de liderazgo. El Subcomité consideró que las orientaciones de la Iniciativa y los planes para el trabajo futuro eran acertados, aunque señaló que la lista de actividades de cooperación técnica propuestas en el documento puede ser excesivamente ambiciosa, dadas las limitaciones de recursos del Programa. El Subcomité instó a la OPS a mantener un enfoque integrado de asociación con respecto a la cooperación técnica en la esfera de la salud de los pueblos indígenas y a continuar con sus esfuerzos en materia de producción y difusión de información, formulación de políticas y fomento de la atención de los cuerpos legislativos hacia las preocupaciones de salud de los pueblos indígenas.

El Comité Ejecutivo reiteró muchas de las cuestiones planteadas por el Subcomité. Se hizo hincapié en la necesidad de concebir modelos de asistencia sanitaria que se adapten a las necesidades y las características culturales especiales de las comunidades indígenas, así como la necesidad de incluir a los pueblos indígenas mismos en el desarrollo de programas de salud y la prestación de servicios. Se puso de relieve lo valioso de trabajar con líderes tribales para crear un sentido de "propiedad" de los programas sanitarios y promover cambios en el modo de vida. En este sentido, la cooperación técnica para el perfeccionamiento del liderazgo y las aptitudes para defender sus intereses entre los líderes indígenas se consideraba una función importante para la OPS. La cooperación entre los países también se consideraba esencial, especialmente porque las comunidades indígenas a veces sobrepasan los límites de un país. Con respecto a las líneas propuestas de acción para 1997-1998, nuevamente se sugirió que tal vez sean demasiado ambiciosas, dados los recursos limitados del Programa en cuanto a fondos y personal.

El Comité también señaló que la Región de las Américas había estado a la vanguardia de los esfuerzos que se hacen en la OMS para mejorar la salud indígena y que, si bien todavía había que superar grandes retos, la Organización podía estar orgullosa de los avances logrados hasta ahora con la Iniciativa.

La Dra. Land agradeció al Comité por reiterar su apoyo a la Iniciativa. Recalcó que el Programa reconocía plenamente la importancia de tener en cuenta las características y las prácticas singulares de los diferentes grupos indígenas en el desarrollo de modelos de asistencia sanitaria, y la necesidad de promover su participación en los programas de salud concebidos para beneficiarlos. Por este motivo, una de sus principales actividades durante los próximos dos años sería promover el adiestramiento para los profesionales indígenas. Sugirió que los países tal vez consideren la posibilidad de destinar algunas becas para el adiestramiento de profesionales indígenas con miras a fortalecer su capacidad de participación. Agregó la Dra. Land que el Programa consideraba que la cooperación entre los países era sumamente importante, por lo tanto, había facilitado los intercambios entre los líderes indígenas en el pasado y seguiría haciéndolo. En cuanto a la sugerencia de que el plan de cooperación técnica para 1997-1998 puede ser excesivamente ambicioso, señaló que la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas era un esfuerzo interprogramático. Además, la Organización estaba procurando activamente formar sociedades y alianzas con otros organismos para la prestación de la cooperación técnica.

El Director dijo que, tal como se había hecho en la reunión del Subcomité, deseaba rendir homenaje al Dr. Norbert Prefontaine (Canadá), quién había muerto a finales de 1996. El Dr. Prefontaine había sido un gran impulsor de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas.

El Dr. Alleyne señaló que una de las dificultades que había encontrado la Organización para ejecutar la Iniciativa había sido la movilización de financiamiento extrapresupuestario. A pesar de todo el interés que parecía existir, había resultado sumamente difícil hacer que la Iniciativa resultara atractiva para los posibles donantes. La Organización recibiría con beneplácito cualquier consejo que los Estados Miembros pudieran ofrecer en este sentido. Otra

dificultad había sido la naturaleza de las relaciones entre la OPS y los grupos indígenas. Los líderes indígenas habían pedido que la Organización interactuara directamente con ellos, y no con los gobiernos. Sin embargo, la OPS estaba obligada a mantener la relación con sus principales interlocutores, que son los gobiernos nacionales. No podía relacionarse con los pueblos indígenas como naciones independientes. Una tercera dificultad había sido la obtención de datos sobre la situación sanitaria de las personas indígenas. Para vigilar el progreso hacia la equidad, era esencial poder demostrar dónde se encontraban las inequidades, pero sin información fiable sobre la salud indígena era imposible identificar esas inequidades o determinar si las medidas tomadas para abordarlas tenían alguna repercusión. Por consiguiente, alentó a los países a intensificar sus esfuerzos para compilar información exacta y completa sobre la salud de los indígenas. Finalmente, observó la dificultad de adaptar los programas de salud a las necesidades y las características de muchos grupos distintos. La Organización creía que era totalmente necesario respetar las culturas individuales de los grupos indígenas, pero se daba cuenta de que esto era muy difícil de lograr a nivel nacional. Hasta la fecha, la experiencia de la OPS había indicado que tratar con las comunidades indígenas a nivel local era tal vez el enfoque más eficaz.

El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE120.R10.

#### *Enfermedades no transmisibles (documento CE120/18)*

El Dr. Franklin White (Coordinador, Programa de Enfermedades No Transmisibles, OPS) resumió el contenido del documento sobre este tema, que se presentó al Comité en respuesta a una solicitud hecha en su 119.<sup>a</sup> reunión para que el tema de las enfermedades no transmisibles fuese tratado por los Cuerpos Directivos en 1997. Señaló que el Programa de Enfermedades No Transmisibles se había establecido en 1995 y había reemplazado al Programa de Salud del Adulto. Su mandato era fortalecer la capacidad de la Organización para apoyar iniciativas específicas de prevención y control de enfermedades en los Estados Miembros.

Uno de los retos principales que afrontaba el Programa era disipar los mitos alrededor de las enfermedades no transmisibles (ENT), por ejemplo, que son enfermedades que aquejan principalmente a los ancianos, que están vinculadas a la riqueza, y que son degenerativas, inevitables e irreversibles. El Programa estaba basado en el conocimiento biomédico actual que indica que prácticamente todas las ENT son prevenibles o al menos se pueden posponer, muchas son reversibles y muchas otras son susceptibles de prevención secundaria para reducir las complicaciones, las cuales representan una pesada carga sobre los individuos, las familias y las comunidades, así como sobre los sistemas de asistencia sanitaria. El Programa procuraba apoyar la adopción por los Estados Miembros de políticas, estrategias y programas factibles y eficaces en función de los costos, para la prevención y el control de las ENT de primordial importancia para la salud pública. Las áreas prioritarias de acción para el Programa son la vigilancia de las enfermedades no transmisibles; intervención contra los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares; tamizaje de cáncer cervicouterino; prevención y control de la diabetes, y prevención de lesiones. Una de sus estrategias clave era el concepto de CARMEN (Conjunto de

Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles), que es un enfoque similar a la CINDI (intervención integrada de alcance nacional en enfermedades no transmisibles) de la OMS/EURO.

Agregó el Dr. White que para mejorar la respuesta de la Región a la carga creciente de las ENT, el Programa estaba preconizando mayor reconocimiento práctico de la necesidad y la eficacia en función de los costos de la prevención y el control de las ENT; mayor énfasis en el establecimiento de prioridades y la toma de decisiones basadas en pruebas; estrategias de salud basadas en servicios, que incorporan la prevención y la calidad de la atención, las cuales complementarían más eficazmente la función actual de la promoción de la salud en la prevención y el control de las ENT, y la cooperación interprogramática para concentrar los recursos regionales en un número limitado de iniciativas, compatible con las prioridades estratégicas y programáticas de la Organización.

Se pidió al Comité Ejecutivo que tomara nota del mayor predominio de las enfermedades no transmisibles en la carga de morbilidad general en América Latina y el Caribe, y que considerara las implicaciones de esta tendencia para los servicios de salud, en particular la necesidad de formación de capacidad sobre la expectativa de que siga aumentando la importancia de las ENT ya muy avanzado el siglo XXI. También se invitó al Comité a formular recomendaciones sobre las orientaciones futuras y las actividades del Programa.

El Comité Ejecutivo expresó su apoyo unánime a la labor del Programa y elogió al Dr. White por la preparación de un documento que presentaba un resumen integral del problema en constante aumento de las enfermedades no transmisibles en la Región. Gran parte del debate del Comité se centró en la necesidad de establecer prioridades, en vista de la imposibilidad de abordar todas las ENT. Se recalcó que las enfermedades que causaban la mayor mortalidad y morbilidad prematuras debían recibir la prioridad más alta. Se señaló que, en el proceso de asignación de prioridades, las evaluaciones de la eficacia en función de los costos y de la eficacia de las intervenciones debían tomarse en cuenta no solo las pruebas a nivel internacional, sino también las realidades locales. También se señaló que debe darse prioridad a las ENT según su peso relativo dentro de la carga de morbilidad general a nivel nacional, dadas las situaciones epidemiológicas tan variadas de los países y el hecho de que las enfermedades infecciosas siguen siendo un grave problema en varios de ellos.

Se plantearon varias preguntas acerca de las enfermedades y los problemas que atiende el Programa. En particular, se pidió al Dr. White que aclarara las razones de la inclusión de las lesiones y las causas externas entre los aspectos prioritarios para la acción, en vista de que las intervenciones para la prevención de lesiones eran sustancialmente diferentes de las requeridas para la prevención de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes. También se sugirió que los accidentes de tránsito debían recibir mayor atención, ya que a ellos se debe un porcentaje grande de mortalidad y morbilidad en muchos países, especialmente entre los jóvenes.

Varios representantes señalaron que el alcoholismo y el abuso de drogas eran también factores importantes en los casos de discapacidad y muerte en la Región.

El Comité Ejecutivo recalcó la necesidad de la acción multisectorial e interprogramática en los esfuerzos para prevenir las lesiones y las ENT. Diversos representantes comentaron sobre la dificultad de obtener apoyo y financiamiento para las iniciativas de prevención y control de ENT. Se señaló que las mismas estrategias para aumentar la toma de conciencia y la movilización social que se habían aplicado con éxito en el caso de las enfermedades prevenibles por vacunación podrían ser utilizadas para apoyar el esfuerzo para prevenir las enfermedades no transmisibles.

El Dr. White agradeció al Comité su apoyo a la labor del Programa. Señaló que el reconocimiento por los Cuerpos Directivos de la importancia de las ENT para la salud pública sería de extraordinaria ayuda para superar las dificultades, mencionadas por los representantes, al buscar apoyo y financiamiento. También era necesario desterrar los mitos en torno a las ENT, igual que había ocurrido con las enfermedades transmisibles como el sarampión, que por mucho tiempo se había considerado como una enfermedad inocua de la niñez. Estuvo de acuerdo con la necesidad de adaptar las pruebas internacionales a la realidad local, y señaló que los enfoques que habían resultado exitosos en otro sitio tenían poco valor práctico en los países si no podían repetirse a nivel local. En cuanto a la inclusión de la prevención de lesiones entre las actividades del Programa, dijo que, en lugar de tratar sencillamente con categorías de enfermedades, el Programa estaba centrándose en los problemas de salud pública, y las lesiones eran, indudablemente, un problema grave de salud pública en la Región. El Dr. White prosiguió diciendo que el Programa era pequeño y, por consiguiente, tenía que ser selectivo y pragmático al elegir las áreas donde iba a concentrar sus esfuerzos. Se había escogido la prevención de lesiones porque se creía que tenía una gran eficacia potencial. En lo que se refiere al alcoholismo y el abuso de drogas, señaló que su Programa había trabajado en estrecho contacto con el Programa de Modos de Vida Sanos y Salud Mental, que tenía la responsabilidad principal de las actividades que procuraban prevenir esos dos problemas.

El Director señaló que la Organización había aumentado el presupuesto para el Programa de ENT significativamente en los últimos años en respuesta al reconocimiento creciente de la importancia de estas enfermedades y a la necesidad de contar con programas de prevención. Una parte importante de la responsabilidad de la OPS con respecto a las enfermedades no transmisibles era la de aportar pruebas sobre la base de las cuales los países podrían tomar decisiones y fijar prioridades. La Organización, y el sector de la salud en su totalidad, tenían una responsabilidad inexorable de vigilar la condición humana, identificar y evaluar la magnitud de los problemas, demostrar el potencial para las intervenciones exitosas, y luego presentar los resultados de las intervenciones. Estuvo de acuerdo en que las técnicas y las estrategias que habían resultado exitosas para combatir las enfermedades transmisibles podrían aplicarse a la prevención y el control de las ENT. También señaló que, para promover el cambio de conducta—un componente fundamental de la mayoría de los programas de prevención—, el sector

sanitario tenía que pedir prestadas las técnicas de otras especialidades, como la mercadotecnia y la publicidad.

El Comité estuvo de acuerdo con la sugerencia del Director de que este tema no se presentara al Consejo Directivo, ya que tanto el Comité Ejecutivo como el Subcomité de Planificación y Programación lo habían considerado en detalle.

El Comité aprobó la resolución CE120.R11.

### *Salud mental (documento CE120/19)*

El Dr. Itzhak Levav (Coordinador, Programa de Modos de Vida Sanos y Salud Mental, OPS) describió las iniciativas de salud mental de la Organización y presentó antecedentes en relación con los servicios de salud mental en la Región. La cooperación técnica prestada por el Programa estaba destinada al control de los trastornos psiquiátricos (actualmente su componente principal), la promoción de la salud mental y la prevención primaria de los trastornos psiquiátricos, y las intervenciones con respecto a factores psicosociales que influyen en la salud y el desarrollo humano.

Estudios representativos en varios países de las Américas a fines de los años ochenta y principios de los noventa habían revelado sistemáticamente que alrededor de 30% de la población de 15 años y más había sufrido algún trastorno mental. Esa carga de morbilidad tenía una repercusión económica grande, debido en parte a la productividad perdida o reducida. Muchas sociedades no podían satisfacer adecuadamente sus necesidades actuales de servicios de salud mental, y para el año 2010 se esperaba un aumento considerable de la carga de las enfermedades mentales. Para aumentar la cobertura y la calidad de la atención y brindar más opciones de atención, desde 1990 varios países habían estado intentando reestructurar la atención psiquiátrica para coordinar los recursos de la comunidad con los del sistema de salud general y el subsistema de salud mental. La meta era construir una red de atención psiquiátrica que iba desde el autocuidado a los servicios especializados e incluía grupos familiares y de apoyo, organismos comunitarios, atención primaria y otros servicios de salud. La OPS estaba apoyando esta iniciativa compleja por conducto de la cooperación técnica en una amplia gama de esferas, según se describía en el documento. Aunque todavía queda mucho por hacer, se habían logrado muchos éxitos, por ejemplo, en cuestiones de reforma legislativa para proteger los derechos humanos y vigilancia de la calidad de la atención. La iniciativa también había sido objeto de evaluación periódica.

La Secretaría estaba proponiendo que los países abordaran en especial tres tipos de trastorno mental —depresión, epilepsias y psicosis— debido a la magnitud de la discapacidad que causaban y a la posibilidad de hacer intervenciones eficaces. El Dr. Levav presentó un cronograma y un presupuesto preliminar para pruebas sobre el terreno relacionadas con el control de esos trastornos. Las intervenciones se concentrarían en mejorar los conocimientos de

los proveedores de atención primaria; ampliar el acceso de los pacientes a los psicofármacos; estimular el establecimiento de asociaciones de usuarios y familias; utilizar la comunicación social para modificar los estereotipos negativos, y promover políticas públicas apropiadas. En el área de la promoción de la salud mental y la prevención primaria de los trastornos mentales, el Programa había seleccionado a los niños como el grupo destinatario para las intervenciones, centrándose en dos objetivos principales: la estimulación temprana del desarrollo cognoscitivo, emocional y social, y la reducción de los comportamientos violentos.

El Dr. Levav mostró el desglose de los recursos financieros al alcance del Programa, por procedencia de los fondos, en 1997 y las proyecciones para 1998. Pidió a los Cuerpos Directivos que examinaran la orientación del programa e hicieran recomendaciones orientadas hacia el apoyo a los programas nacionales de salud mental, la inclusión de la salud mental en la canasta básica de atención de salud, la ampliación de la atención comunitaria, el control de los tres trastornos seleccionados para las intervenciones, el fortalecimiento de las divisiones de salud mental y el aumento de los líderes de salud mental.

El Comité Ejecutivo expresó su apoyo a las estrategias esbozadas en el documento, en particular al desarrollo de una red de servicios de salud mental. La participación de todos los niveles de la atención de salud se consideraba esencial, y era necesario impartir un adiestramiento más apropiado para que los proveedores de asistencia sanitaria pudieran reconocer los factores determinantes psicosociales de la salud y ofrecer atención integral. Es necesario mejorar también los servicios psiquiátricos especializados para velar por que se protejan los derechos humanos de los pacientes.

Se hizo notar que a pesar de las enormes repercusiones que tienen los trastornos mentales, la salud mental rara vez recibía prioridad en los programas nacionales de salud. Dada esa situación, un representante sugirió que las líneas de acción más ventajosas y eficaces para la Organización podrían ser abordar el desarrollo de políticas y planes nacionales de salud mental e instar a que se incluya la atención de salud mental en la canasta básica de servicios de salud. Un representante opinó que el término "canasta básica" implica un mínimo de cobertura que se aplica solamente al tratamiento y no a la prevención. Sugirió que un término más adecuado sería "plan de salud garantizado". Algunos miembros argumentaron que la palabra "garantizado" denotaba solamente planes de seguro pagados por anticipado. Se acordó que la meta era que todos los servicios de salud mental estuviesen incluidos y recibieran la debida prioridad en todos los tipos de planes y programas de asistencia sanitaria, tanto públicos como privados.

Otro punto planteado en el debate fue la necesidad de contar con más datos sobre los factores determinantes sociales de los trastornos mentales para poder planificar mejor intervenciones viables. También se consideró necesario crear vínculos intersectoriales sólidos para hacer frente a problemas arraigados en los factores psicosociales, por ejemplo, la violencia en el hogar. Se planteó la pregunta de por qué se incluía la epilepsia, que es un trastorno neurológico, en el Programa.

El Dr. Levav respondió que al Programa se le había asignado también la responsabilidad de los trastornos neurológicos. Además, las personas con epilepsia, al igual que las que padecen trastornos mentales, a menudo se diagnosticaban mal o se enfrentaban con discriminación. Estuvo de acuerdo con la observación de que los países no asignaban una alta prioridad a la salud mental. Con miras a rectificar la situación, la OPS estaba tratando de movilizar las fuerzas políticas para aumentar el valor que en general daban los servicios de salud y la sociedad a la salud mental. Reiteró el punto de que los ministerios de salud deben hacer cambios en el programa de estudios de sus instituciones de formación para preparar mejor a los médicos de atención primaria para tratar la salud mental y los temas conductuales. Indicó que la OPS había apoyado algunos estudios de la comunidad en América Latina concebidos para recabar datos sobre la prevalencia de los trastornos mentales. Añadió que la Organización también estaba participando en los proyectos de demostración destinados a mejorar las condiciones de vida de las instituciones para enfermos mentales, así como en la evaluación de la situación de los derechos humanos de los pacientes.

El Director comentó que era importante demostrar a los países, por conducto de la cooperación técnica de la OPS, que había intervenciones concretas que podrían producir resultados en un tiempo relativamente corto. A veces el tema de la salud mental parecía tan vasto que era difícil medir lo que podría hacerse. Sería recomendable el intercambio de experiencias entre los países.

El Comité aprobó la resolución CE120.R20.

#### ***Vacunas e inmunización (documento CE120/20 y Rev. 1)***

El tema fue presentado por el Dr. Ciro de Quadros (Director, Programa Especial de Vacunas e Inmunización, OPS), quien informó que la cobertura de vacunación de los niños menores de 1 año había sido alta y, en la mayoría de los casos, la incidencia de las enfermedades prevenibles por vacunación incluidas en los programas nacionales había sido excepcionalmente baja. La incidencia del sarampión había alcanzado su nivel más bajo de todos los tiempos en 1996. En 1997, más de 90% de los casos notificados hasta entonces habían ocurrido en Canadá y Brasil, y la mayoría de los casos en otros países habían sido importados. El brote en São Paulo (Brasil) podría haberse evitado si el grupo de niños susceptibles se hubiera reducido mediante una campaña de seguimiento, según se aconsejaba en las normas de vacunación de la OPS. En el Caribe, aunque había habido casos vinculados a las importaciones, parecía que no había ocurrido ningún caso autóctono de sarampión en más de seis años. Era importante que los países en los cuales la transmisión del sarampión se había interrumpido se protegieran contra la autosatisfacción y quedaran libres del sarampión, y que otros países se esforzaran por interrumpir la transmisión.

Aunque se habían logrado avances en el programa mundial para erradicar la poliomielitis, la existencia continua de la enfermedad en otras partes del mundo exigía que los países de las



Américas mantuvieran la vigilancia. Sin embargo, los indicadores de vigilancia revelaban que había habido deterioro en el sistema en los dos últimos años. Por otra parte, se habían logrado avances considerables en el control del tétanos neonatal. Apenas 0,8% de todos los distritos en América Latina y el Caribe todavía no habían logrado la meta adoptada por la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de menos de un caso por 1.000 nacidos vivos.

Además de mantener sus logros anteriores, los países ahora debían realizar un esfuerzo para introducir vacunas nuevas en sus programas de inmunización nacionales. Hasta el presente, solo cinco países de la Región habían introducido la vacuna sumamente eficaz contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), aunque varios otros estaban considerando hacerlo. Asimismo, la vacuna contra la rubéola no se había utilizado mucho, a pesar de su eficacia en función de los costos en comparación con el tratamiento del síndrome de la rubéola congénita. Las vacunas contra la hepatitis B y la fiebre amarilla también deberían formar parte de los programas nacionales de todas las áreas expuestas al riesgo de estas enfermedades. En los próximos 10 a 15 años será posible contar con un gran número de vacunas nuevas y algunas enfermedades que alguna vez se consideraron no transmisibles, como el cáncer cervicouterino y la úlcera gástrica, pronto serían prevenibles por vacunación. La OPS estaba tratando con los países el tema del establecimiento de programas de desarrollo de vacunas donde fuera posible, ya que la participación en el proceso de investigación y desarrollo de vacunas es una estrategia importante para incorporar las vacunas nuevas en los programas de los países. Para asegurar la calidad de todas las vacunas usadas en las Américas, la OPS también estaba trabajando con autoridades nacionales en el fortalecimiento de las actividades de control de calidad.

Para el período 1997-2001, el costo total de los programas nacionales de inmunización en los países de América Latina y el Caribe se calculaba en \$700 millones. Haría falta obtener solamente \$53 millones de la comunidad internacional, un hecho que demostraba la sostenibilidad de los programas y el compromiso de los gobiernos. La OPS ya había movilizado unos \$20 millones de esas fuentes, en especial de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID), del Gobierno de España, del Gobierno de los Países Bajos y de fondos de la OPS/OMS, y todavía estaba negociando una contribución del Banco Interamericano de Desarrollo. Se había pedido al Comité Ejecutivo que examinara los temas que se habían planteado, teniendo presente los importantes esfuerzos que se necesitarían para eliminar el sarampión en el año 2000 y para utilizar plenamente la tecnología de vacunas disponible en el próximo siglo.

En el debate que siguió, varios representantes mencionaron el costo elevado de las nuevas vacunas como un obstáculo significativo a su incorporación en los programas nacionales. Se sugirió que los países debían unirse para hacer compras conjuntas y así reducir los costos de las vacunas y que si los productores de vacuna cuentan con un mercado seguro podrían bajar los precios. La ayuda de la OPS para negociar esos arreglos sería valiosa. Otra posible salida para reducir costos sería la investigación y el desarrollo de vacunas en los países. Por ejemplo, en Chile recientemente se había realizado un estudio para determinar si la vacuna contra el Hib

seguiría siendo inmunógena si la dosificación fuese reducida a la mitad, y comunicaría los resultados cuando los tuviera. Un representante expresó la opinión de que la inmunización, por ser un bien público, era indudablemente una responsabilidad del Estado, pero que el sector sanitario privado debía participar en aspectos como la vigilancia y el control de calidad. Otros señalaron que era necesario incrementar los esfuerzos para educar a los pediatras privados acerca de las campañas de vacunación y para obtener su ayuda.

El Observador por el UNICEF deseaba dejar claro que su organismo todavía estaba comprometido con el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en las Américas y seguía apoyándolo. El UNICEF estaba complacido con la coordinación interinstitucional en el área de la inmunización. El orador creía que el éxito del PAI, cuya cobertura mundial es mayor que la de cualquier otro programa público o privado, podía atribuirse a tres elementos: sus metas bien definidas y cuantificables, su importancia en el programa político de muchos países y la movilización social que había logrado. Sugirió que esos elementos podrían aplicarse con éxito a otros programas, mientras que un representante señaló que la vigilancia era otro elemento clave del PAI digno de emulación.

Al contestar a las preguntas técnicas hechas por algunos de los representantes, el Dr. de Quadros explicó que los desacuerdos entre los médicos acerca de si seguir el esquema de vacunación del PAI o el que proponía la Asociación Estadounidense de Pediatría debía resolverse a nivel nacional, y no por medio de una recomendación de la OPS. Esto también era válido para la política a seguir cuando se trata de la dosis de refuerzo. Con respecto a la inocuidad y las consecuencias legales de la vacunación contra la rubéola durante el embarazo, la recomendación actual era la de no vacunar a las mujeres que se sabe que están embarazadas, pero no recomendar el aborto si había ocurrido la vacunación, ya que un estudio reciente no había encontrado ninguna complicación en el nacimiento en el caso de 600 mujeres embarazadas que habían recibido la vacuna. Con respecto a la diferencia entre los casos de sarampión notificados y confirmados, los casos notificados eran todos presuntos pero muchos se descartaron posteriormente gracias a las pruebas de sangre efectuadas en el laboratorio. La mayoría de los casos ahora se confirmaban en el laboratorio, lo que demostraba el mejoramiento del sistema de laboratorios.

El Dr. de Quadros explicó que las técnicas modernas de producción hacían que las vacunas nuevas fuesen más costosas. Para calcular su eficacia en función de los costos, era necesario contar con datos más exactos sobre la carga de morbilidad, y la OPS estaba proponiendo algunos métodos para medir el costo de las enfermedades prevenibles por vacunación. Los países podrían reducir los costos mediante la colaboración en las investigaciones en materia de desarrollo de vacunas y mediante un uso más intensivo del Fondo Rotatorio del PAI, que podía usarse para la compra de cualquier vacuna.

El Comité aprobó la resolución CE120.R18.

***Informe sobre el dengue, el dengue hemorrágico y la fiebre amarilla (documento CE120/21)***

El Dr. Francisco Pinheiro (Asesor Regional sobre Enfermedades Víricas, Programa de Enfermedades Transmisibles, OPS) informó al Comité que el dengue es una enfermedad reemergente en las Américas. En los 20 últimos años, todos los países infestados con su vector, el mosquito *Aedes aegypti*, habían presentado epidemias explosivas de dengue. Aun más alarmante era la aparición del dengue hemorrágico. Desde 1981, cuando había ocurrido la primera epidemia grave en las Américas, había habido 41.000 casos en 25 países, con una tasa de letalidad de 1,4%. El mismo vector también podía transmitir la fiebre amarilla. La presencia de *A. aegypti* en las ciudades, cerca de reservorios selváticos de fiebre amarilla, planteaba la amenaza de la urbanización de esta enfermedad.

La reaparición del dengue se debía al fracaso del programa continental de erradicación de *A. aegypti*, que había sido organizado por la OPS luego de recibir el apoyo del Consejo Directivo en 1947. El programa había sido muy exitoso hasta los años sesenta, cuando se había logrado la erradicación del vector en 22 países; pero la falta de apoyo político había conducido a su decadencia y el mosquito había recuperado progresivamente casi todo su territorio original.

En vista de la situación cada vez más grave que plantean el dengue y el dengue hemorrágico y de que no había prácticamente ninguna posibilidad de contar con una vacuna para inmunizar a los niños contra el dengue, por lo menos en un plazo de cinco años, en 1996 la XXXIX Reunión del Consejo Directivo había aprobado la resolución CD39.R11, por la cual se exhortaba a los Estados Miembros a formular planes nacionales destinados a ampliar e intensificar sus esfuerzos para combatir a *A. aegypti* con miras a su erradicación futura, y había pedido a la OPS que estableciera un grupo de estudio para elaborar un plan continental de erradicación. Ese plan todavía estaba en proceso de examen, pero el Dr. Pinheiro resumió brevemente su costo y los pasos propuestos. El plan proponía 1) prevenir las epidemias de dengue y dengue hemorrágico y la transformación de la fiebre amarilla en un problema urbano; 2) prevenir los brotes de dengue al reducir las tasas de infestación por *A. aegypti* a menos de 1%, 3) interrumpir la transmisión del dengue; 4) erradicar *A. aegypti*, y 5) mantener la vigilancia de las infestaciones. El costo anual de poner en práctica el plan se calculaba en US \$1.660 millones, 85% de los cuales se gastarían en operaciones directas contra el vector y el resto en vigilancia epidemiológica, comunicación social y participación comunitaria y saneamiento. Hubo consenso dentro del grupo de estudio en cuanto a que la mayoría de los fondos para la puesta en práctica del plan tendrían que ser aportados por los países mismos.

Uno de los representantes señaló que el costo del plan, de casi \$1.700 millones por año, equivalía a 10 veces el presupuesto operativo de la OPS para el próximo bienio; es decir, una suma enorme para los países y difícil de movilizar considerando otras prioridades a las que no es posible cortarles el financiamiento. Los esfuerzos de limpieza ambiental para eliminar los criaderos de vectores deben ser constantes en todos los países y no depender de la existencia de un plan de erradicación general. Se pidió a la OPS que presentara una actualización de los

resultados de su cooperación técnica con los países en cuanto a la formulación de planes nacionales de control basados en las normas de 1994 para la prevención y el control del dengue y el dengue hemorrágico. La evaluación de las fallas y los éxitos de esas actividades podría conducir a recomendaciones sobre elementos fundamentales de un programa sostenible de control.

Varios miembros del Comité pusieron de relieve la importancia de la educación y la participación de la comunidad y la eficacia de esos métodos en sus países. La acción gubernamental aislada no resolvería el problema, ya que la limpieza del ambiente doméstico es esencial para eliminar las infestaciones del vector y controlar los brotes de la enfermedad. Una representante informó que los expertos en su país creían que la erradicación era factible, pero solo si todos los países de las Américas aplicaban las medidas de control al mismo tiempo.

El Dr. Pinheiro señaló que las tres primeras de las cinco etapas del plan no requerían la erradicación de *A. aegypti*. Si los países lograran solo los dos primeros pasos, que incluyen la prevención de los brotes, sería un gran éxito. Los brotes podrían evitarse o controlarse por medio de la aplicación de las normas de la OPS, según ya habían demostrado algunos países. En dichas normas se hacía hincapié en el valor de la participación comunitaria, la educación y la limpieza.

El Director creía que sería difícil, si no imposible, que los países movilizaran el dinero requerido para llevar a cabo la erradicación. Informó que el Brasil, que había lanzado su propia campaña de erradicación el año pasado, ahora estaba reforzando el control de las epidemias, debido al costo elevado de un programa nacional de erradicación y a las dudas de que tuviese éxito. La experiencia ya había demostrado que no todos los países convendrían en actuar al mismo tiempo. La Organización seguiría haciendo lo que los países solicitaran, pero debían estar conscientes de los costos que entraña preparar planes con pocas probabilidades de ejecutarse. La OPS seguiría actualizando sus normas y facilitando el intercambio de experiencias exitosas en los países. El Director opinó, sin embargo, que una campaña continental de erradicación no era realista.

El Comité aprobó la resolución CE120.R19.

### ***Análisis del Programa de Salud y Ambiente (documento CE120/22)***

El Sr. Horst Otterstetter (Director, División de Salud y Ambiente, OPS) presentó el documento, que empezaba por resumir las tendencias ambientales mundiales y regionales que estaban afectando a la Región de las Américas. Además, en todo el mundo los problemas ambientales, en especial, la contaminación química, los cambios climáticos, el agotamiento de la capa de ozono y el transporte de desechos y otros materiales peligrosos, tenían repercusiones observables en la Región. Además, varias características de las Américas han exacerbado el riesgo ambiental: el crecimiento de la población, que condujo al agotamiento de los recursos

naturales; un nivel alto de urbanización, con los problemas resultantes como la contaminación, la escasez de vivienda y la violencia; las fallas de la infraestructura para abastecimiento de agua, saneamiento, eliminación de residuos sólidos y producción de energía; uso intensivo del agua y del suelo para cubrir las necesidades de la población en constante aumento, y la superposición de los riesgos que caracterizan a los países en desarrollo, como la escasez de saneamiento básico, y los que son propios de los países desarrollados, como la contaminación química.

En respuesta a esas amenazas, los países habían participado en varios compromisos colectivos contraídos en reuniones mundiales e interamericanas, por ejemplo, la Carta Panamericana sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible (1995). A nivel nacional, se habían formulado varios enfoques de política, en especial el fomento de la cooperación y la promoción intersectorial de la aceptación de principios comunes a todos cuantos participan en el mejoramiento de los factores ambientales que afectan a la salud. Las funciones ambientales del sector de la salud también tenían que redefinirse para hacer hincapié en su función como promotor y regulador, y no como ejecutante, de las operaciones de control ambiental. Se reconoció que el sector de la salud debe ser líder en esferas tales como evaluación de riesgos para la salud y vigilancia epidemiológica de las enfermedades ambientales, y debe asesorar a otros sectores sobre el desarrollo de actividades que promuevan y protejan la salud.

Con el transcurso de los años, la función ambiental de la OPS había crecido hasta abarcar mucho más que agua y saneamiento. En 1991, se empezó a adoptar un nuevo enfoque que incluía la identificación y el manejo de los riesgos, y el programa de salud y ambiente de la OPS se estructuró a lo largo de dos líneas de acción: el saneamiento básico y la calidad ambiental. Ahora, se está proponiendo una nueva estructura. Según esta, las dos áreas programáticas serían promoción y gestión de la salud ambiental. La nueva estructura implicaba la necesidad de más acciones interprogramáticas dentro de la OPS con relación a la salud y el ambiente, el desarrollo de una red de instituciones nacionales de salud ambiental y la reestructuración de la División de Salud y Ambiente. Como parte de esa reestructuración, se propuso que el Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud (ECO) en México se suprimiera y sus funciones se traspasaran al Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria (CEPIS) en el Perú. La infraestructura del ECO se convertiría en parte de un centro nacional mexicano de salud ambiental, que recibiría inicialmente el apoyo de la OPS, y el CEPIS se rediseñaría para absorber nuevas responsabilidades. El Sr. Otterstetter pidió al Comité Ejecutivo que formulara comentarios sobre las propuestas.

En el debate que siguió a la presentación del informe del Sr. Otterstetter, varios miembros del Comité expresaron su apoyo a las propuestas incluidas en el documento. Se reconoció que la fusión de las funciones del ECO en el CEPIS daría lugar a mayor eficiencia y la oportunidad de que hubiese una colaboración más estrecha entre los componentes de saneamiento básico y evaluación de riesgos ambientales del programa de la OPS, pero algunos representantes solicitaron información adicional en una reunión posterior sobre las metas concretas de la propuesta, las opiniones de los países anfitriones de los centros y las

implicaciones de costos que resultaría. Un miembro expresó la inquietud de que algunas funciones llevadas a cabo por el ECO, especialmente el adiestramiento en epidemiología ambiental, podría perderse como resultado de la unificación de los centros e instó a que esta y otras funciones críticas se protegieran.

Se consideraba que entre las funciones importantes de la OPS estaba lograr que los vínculos entre la salud y el ambiente figuraran en los debates de política y fomentar el diálogo entre diferentes sectores. La Organización también debe apoyar el fortalecimiento de la capacidad nacional, ya que es esencial contar con datos más exactos para apoyar las iniciativas de política. Había también necesidad de desarrollar un idioma común para tratar los problemas ambientales. Se dijo que el documento debía destacar más retos básicos como la ampliación del acceso al agua potable y al saneamiento, la eliminación de residuos sólidos y la educación acerca del manejo higiénico de alimentos. Por otro lado, se elogió el documento por presentar un criterio integral que consideraba el efecto de un ambiente insalubre sobre el bienestar físico, emocional y psicológico de las personas.

En su respuesta, el Sr. Otterstetter mencionó la eliminación del plomo de la gasolina, que había sido mencionada por uno de los representantes, como un buen ejemplo de la cooperación intersectorial. La función del sector de la salud era poner de relieve el problema y aportar la vigilancia de los niveles de plomo en la sangre, pero otros sectores tomaban las medidas directas. Recalcó que si bien se habían previsto algunos ahorros, la supresión del ECO no estaba motivada por la necesidad de ahorrar dinero sino de aumentar la eficiencia. No había ninguna intención de eliminar funciones en la fusión con el CEPIS. Una vez que se obtuviera la autorización de los Cuerpos Directivos, se entablarían las negociaciones con los gobiernos de México y Perú, y se proporcionaría información más detallada sobre las implicaciones financieras, administrativas y legales de la reestructuración.

El Director informó que estaba autorizado para hablar en nombre del Secretario de Salud de México a fin de confirmar el acuerdo de ese Gobierno con la propuesta. México consideraba beneficiosa la creación de un centro de salud ambiental nacional. El Perú también veía con buenos ojos la propuesta. El Director creía que el examen y la reforma de las estructuras existentes dentro de la Organización deben ser un proceso constante y corriente.

El Comité aprobó la resolución CE120.R22.

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

##### ***Informe sobre la recaudación de las cuotas (documento CE120/23 y Add. I)***

El Sr. Mark Matthews (Jefe, Departamento de Presupuesto y Finanzas, OPS) informó que, al 13 de junio de 1997, el monto total de las cuotas atrasadas correspondientes a los años anteriores a 1997 ascendía a \$22,6 millones, por comparación con \$22,8 millones en junio de

1996. Con respecto a la recaudación de las contribuciones de 1997, ocho Estados Miembros habían pagado la totalidad de sus cuotas y ocho habían efectuado pagos parciales, mientras que 23 no había efectuado ningún pago. Las recaudaciones representaban un 30% de las asignaciones del año en curso, una cifra mayor que la cantidad recaudada en la misma fecha en 1996 (14%) y 1995 (21%). Al 13 de junio de 1997, la recaudación de las cuotas atrasadas del año en curso representaba un aumento de 16,3% sobre la recaudación de 1996.

El Sr. Matthews reseñó las conclusiones del Grupo de Trabajo establecido en el XXXIX Consejo Directivo en 1996 para estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS, relacionado con la suspensión de los privilegios de voto de los países atrasados en el pago de sus cuotas por más de dos años completos. En el momento de la apertura de esa reunión, cuatro países podían verse afectados. En la reunión en curso, había siete países —Bolivia, Cuba, República Dominicana, Ecuador, Guatemala, Perú y Venezuela— atrasados en el pago de sus cuotas a tal punto que podrían estar sujetos a la aplicación del Artículo 6.B en la próxima reunión del Consejo Directivo. El Sr. Matthews informó sobre los saldos atrasados de esos países, sus planes de pago y sus pagos más recientes.

El Director comentó que las cuotas eran importantes no solo por el dinero en sí mismo sino también por el compromiso con la Organización que representaba. Dijo que le complacía ver que las recaudaciones de 1997 a la fecha eran mejores que en años anteriores, y esperaba que los esfuerzos de la Organización y de los funcionarios nacionales de alto nivel para convencer a los países de cumplir sus compromisos siguieran dando fruto.

#### *Informe financiero parcial del Director para 1996 (Documento Oficial 282)*

El Sr. Mark Matthews (Jefe, Departamento de Presupuesto y Finanzas, OPS) esbozó el contenido del Informe Financiero Parcial del Director para 1996, el cual reflejaba el fortalecimiento continuo de la situación financiera de la Organización en 1996, por comparación con su situación financiera al 31 de diciembre de 1995, como resultado de una prudente gestión financiera. Los ingresos correspondientes a 1996 habían excedido los gastos por \$21,3 millones, y las cantidades en los fondos especiales, en particular en el Fondo de Trabajo, habían permanecido estables. El dinero en efectivo en bancos y las inversiones habían aumentado 17% entre el 31 de diciembre de 1995 y el 31 de diciembre de 1996. Los gastos durante 1996 fueron inferiores en 14% a los gastos durante 1994, el primer año del bienio anterior. Sin embargo, el porcentaje de las cuotas correspondientes a 1996 y recaudadas para finales de ese año (67%) también había sido menor que en 1995 (73%) o 1994 (74%). Con respecto a los fondos extrapresupuestarios, que representaban una porción significativa de los recursos financieros totales de la Organización, parecía que el nivel de los ingresos y los gastos para el bienio sería equivalente al del bienio 1994-1995, a juzgar por los ingresos y los desembolsos durante 1996.

El informe también contenía información sobre el estado financiero de tres centros panamericanos, el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), el Instituto de Alimentación

y Nutrición del Caribe (CFNI) y el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). La situación financiera del CAREC y del CFNI había mejorado en 1996, ya que habían concluido el año con un ingreso neto de las operaciones y sus cuotas atrasadas y su déficit acumulado se habían reducido en relación con los niveles de fines de 1995. Los ingresos totales también habían excedido los gastos en el INCAP, y su situación financiera general era apropiada.

Como ha sido costumbre, el informe financiero parcial no venía acompañado de un dictamen de auditoría, aunque el Auditor Externo estaba en libertad de informar sobre cualquier aspecto de las cuentas si le parecía necesario hacerlo. Sin embargo, no había presentado ningún informe para 1996.

La Representante de los Estados Unidos de América expresó su inquietud de que el menor porcentaje recaudado en 1996 de las cuotas de ese año, en comparación con los dos años anteriores, indicaba que estaban aumentando las dificultades de los países para pagar sus asignaciones a los niveles actuales. El atraso considerable de su propio país a fines de 1996 se había liquidado, pero se preveía otro atraso grande para finales de 1997. Además, las contribuciones de los gobiernos a los fondos extrapresupuestarios habían tendido a disminuir desde 1991, lo cual indicaba que los países ya no tenían los recursos que en un tiempo habían dedicado a la OPS. Por esas razones, los Estados Unidos habían instado a que se redujera el presupuesto 1998-1999. Su país creía que el presupuesto de la OPS debería reflejar los pagos que cabría esperar de una manera realista. Con respecto a los ingresos varios, en ese momento se proyectaba que la cantidad excedería el cálculo original de \$11,7 millones para el bienio. Quizás los ingresos varios futuros podrían usarse para reducir las cuotas exigidas a los países.

El Sr. Matthews contestó que a pesar de la disminución en los pagos de las cuotas en 1996, en 1997 el porcentaje recaudado hasta entonces en realidad había sido mucho mayor que en la fecha correspondiente en los dos años anteriores. No podía darse por sentado que los ingresos varios para 1997 serían tan altos como en 1996, pero todavía creía que el cálculo original se superaría.

El Director comentó que gracias a la gestión prudente y la limitación de los gastos, en el bienio 1996-1997 había sido posible superar en gran medida las dificultades financieras experimentadas en 1995. Expresó su agrado por los esfuerzos de los países para abonar sus cuotas y no veía que hubiera una tendencia hacia un menor cumplimiento de los pagos. Creía que el presupuesto debía basarse en las necesidades de los programas acordados por los países, ya que los ingresos esperados nunca podrían predecirse con exactitud. Las proyecciones algo mayores de los ingresos varios para el bienio en curso habían sido el resultado de ingresos imprevistos que era poco probable que se repitieran, y la cantidad adicional prevista era demasiado pequeña para reducir el monto de las contribuciones. Además, el nivel de ese ingreso no podía precisarse de año al siguiente por razones ajenas a la voluntad de la OPS, como las tasas de interés. La Organización debe seguir invirtiendo de manera conservadora y no debe arriesgar su dinero ante la perspectiva de aumentar los ingresos varios. El Director reiteró su



agradecimiento a los países que habían abonado sus cuotas y reconoció los esfuerzos fructíferos realizados por el CAREC y el CFNI para mejorar su situación financiera.

***Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana (CE120/24 y Corrig. I)***

La Dra. Diana Serrano LaVertu (Jefa de Personal, OPS) esbozó los cambios propuestos en el Reglamento del Personal, que estaban de acuerdo con las modificaciones aprobadas por el Consejo Ejecutivo de la OMS en su 99.<sup>a</sup> reunión y daban cumplimiento a la resolución CE59.R19, en la que se solicita al Director que continúe introduciendo modificaciones en el Reglamento del Personal de la OPS a fin de que guarde una estrecha semejanza con el Reglamento de Personal de la OMS. Todos los cambios propuestos se consideraban necesarios en vista de la revisión de la escala de sueldos básicos/mínimos para el personal de la categoría profesional y superior llevada a cabo por la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la base de las recomendaciones de la Comisión de Administración Pública Internacional. El texto completo de los artículos del Reglamento del Personal modificados aparecía en el anexo al documento CE120/24.

El Comité Ejecutivo aprobó dos resoluciones sobre este tema: la resolución CE120.R13, que confirma las modificaciones del Reglamento del Personal, y la resolución CE120.R14, que fija los sueldos del Director Adjunto y del Subdirector y hace una recomendación al Consejo Directivo en cuanto al sueldo del Director.

***Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles, y mantenimiento y reparación de los edificios propiedad de la OPS (documento CE120/25)***

El Sr. Thomas Tracy (Jefe de Administración, OPS) informó sobre el estado de tres proyectos anteriormente aprobados (remodelación del interior de la Representación de la OPS/OMS en Argentina, mantenimiento y reparaciones de la Representación de la OPS/OMS en Brasil y modernización del sistema eléctrico en la Representación de la OPS/OMS en Venezuela) y esbozó los componentes de un nuevo proyecto propuesto (segunda etapa del mantenimiento y reparaciones del edificio del Brasil). También observó que los sistemas de aire acondicionado y de calefacción del edificio de la Sede de la OPS tendrían que reemplazarse. El costo calculado de esta reparación, que duraría varios años, sería de no menos de \$1.000.000. En una futura reunión del Comité Ejecutivo se presentaría una propuesta formal.

En el debate del Comité, se expresó cierta inquietud con relación a la magnitud de los gastos proyectados en el futuro. Se señaló que lo que se dedicara a gastos en los inmuebles reduciría la cantidad disponible para los programas de salud. También se hicieron preguntas sobre el costo total de todas las fases del proyecto del Brasil.

El Sr. Tracy explicó que los recursos del Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles no provenían del presupuesto ordinario de la Organización sino que se derivaban principalmente de la recaudación en concepto de alquiler del espacio de oficina y de salas de conferencias en los edificios de la OPS. El proyecto del Brasil se había planificado en varias etapas precisamente para que todo el costo —aproximadamente \$600.000— pudiese ser cubierto por el fondo de bienes inmuebles. También señaló que los sistemas de ventilación de la Sede habían excedido su vida útil esperada y, debido a ello, se habían vuelto muy costosos de mantener y reparar. Como el proyecto del Brasil, las obras para reemplazar los sistemas de ventilación se harían por etapas para evitar la necesidad de utilizar fondos del presupuesto ordinario.

El Comité aprobó la resolución CE120.R12.

#### ***Edificios de las oficinas de campo de la OPS (documento CE120/26)***

El Sr. Tracy examinó el estado de tres proyectos anteriormente aprobados para la construcción de las oficinas de la OPS en Barbados, Honduras y México. La Oficina de la Coordinación de Programas en el Caribe en Barbados se inauguró en abril de 1997. No se había llegado a ningún acuerdo en lo referente a los terrenos que se usarían para la construcción de oficinas en Honduras y México, por lo cual el Director propuso que esos dos proyectos sigan inactivos. La Secretaría informaría al Comité Ejecutivo si hubiese nuevos acontecimientos.

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

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

#### ***Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS (documento CE120/27)***

La Sra. Luz María Esparza Glucksmann (Presidenta, Asociación de Personal de la OPS/OMS) informó que las relaciones entre la Asociación de Personal y la administración de la Organización seguían caracterizándose por el diálogo civilizado y el respeto mutuo. Por segundo año consecutivo, se había invitado a participar en el retiro de trabajo del Gabinete del Director a un representante de la Asociación de Personal. La Asociación también estaba representada en el Comité Consultivo Mixto, lo que le permitía expresar su opinión sobre los asuntos de personal antes de que se ejecutaran las políticas. Además, en 1996, por primera vez en muchos años, el Director de la Organización había estado presente en la Reunión anual del Consejo de la Asociación de Personal, al igual que la Jefa de Personal y la Jefa del Programa de Desarrollo del Personal.

Sin embargo, la Asociación de Personal seguía estando preocupada por varios problemas que influían en las condiciones de empleo actuales y en la futura seguridad en el trabajo de los funcionarios, sobre todo los de la categoría de servicios generales. En particular, se mostraba preocupada ante la repercusión que cualquier recorte en el presupuesto de la Organización

tendría sobre los sueldos, que en forma sostenida habían perdido poder adquisitivo, y ante la posibilidad de otros recortes de personal. Si bien la Asociación de Personal conocía perfectamente bien la situación financiera difícil de la OPS y la necesidad consiguiente de ajustes, no creía que el personal debería sobrellevar la mayor parte de la carga de esos ajustes. Los funcionarios constituían el principal recurso de la Organización, sin el cual no podría seguir prestando cooperación técnica de la más alta calidad.

La Asociación de Personal también estaba preocupada por la existencia de múltiples modalidades de contratación y de esquemas de sueldos, y alentaba a la Organización a aplicar el principio de remuneración y prestaciones iguales para responsabilidades iguales. Otra grave inquietud por parte de la Asociación era el secreto que rodea a ciertos procedimientos de personal, como la clasificación de puestos y la reciente compresión de grados que había afectado directamente al personal de servicios generales de la Sede de la OPS. La ocultación tendía a crear una atmósfera de desconfianza y desanimaba al personal. La Asociación de Personal cree firmemente que ese personal tiene el derecho de participar en todos los comités y en otros foros donde se decidan los temas y las políticas que les atañen. La Asociación también renovó la solicitud de que se nombre un mediador dentro de la Organización para que interceda en los asuntos de personal y promueva acuerdos basados en la confianza mutua. Finalmente, si bien la Asociación de Personal había recibido con beneplácito la introducción de un nuevo sistema de evaluación del desempeño, señaló que el sistema carecía de tres elementos esenciales: la reciprocidad de la evaluación, los mecanismos para el desarrollo de personal y los incentivos.

El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el mejoramiento de las relaciones entre los miembros del personal y la administración. También reconoció la importancia de los recursos humanos para el trabajo de la Organización y afirmó el derecho del personal al tratamiento justo y equitativo. Se reconoció la validez de las inquietudes del personal en lo referente a las repercusiones de los recortes presupuestarios y a la reducción del número de funcionarios internacionales, pero también se señaló que a veces era esencial reducir el personal para evitar recortes de recursos en los programas. Un representante le pidió al Director que comentara concretamente la idea de crear un puesto de mediador.

El Director felicitó a la Sra. Esparza por su elección como Presidenta de la Asociación de Personal, observando que era la primera mujer que ocupaba el puesto. Consideraba el Director que es muy sano para una organización tener una asociación de personal fuerte, y aunque no siempre esté de acuerdo con las posturas adoptadas por la Asociación de Personal de la OPS/OMS, defendía el derecho del personal de expresar sus opiniones ante el Comité Ejecutivo. Comprendía cabalmente la inquietud del personal de que serían perjudicados por los recortes presupuestarios, pero estuvo de acuerdo en que sería difícil reducir el presupuesto de la Organización sin reducir el número de funcionarios. Sin embargo, hizo hincapié en que los recortes presupuestarios no se realizarían exclusivamente mediante reducción de la plantilla. Si fuese necesario reducir el personal, la administración trataría de hacerlo con puestos vacantes o que estuviesen por desocuparse.

Con respecto a la multiplicidad de contratos y esquemas de sueldo señaló que, en el contexto actual, la flexibilidad era de importancia capital para responder eficazmente a las necesidades de los países. Ya no era posible para la Organización depender exclusivamente de los funcionarios públicos internacionales. Sin embargo, la OPS nunca consideraría a los empleados contratados a nivel local como una fuente barata de mano de obra, y siempre insistiría en la calidad. En cuanto al nombramiento de un mediador si bien era partidario de la idea, estaba indeciso sobre la conveniencia de crear un nuevo puesto en el contexto presupuestario actual; sin embargo, le había pedido al Comité Consultivo Mixto que examinara el tema y él tomaría una decisión basándose en su recomendación. En cuanto a las sugerencias de la Asociación de Personal sobre el nuevo sistema de evaluación del desempeño, señaló que el sistema estaba destinado a ser un mecanismo mediante el cual los funcionarios y sus supervisores establecerían conjuntamente los objetivos de desempeño y luego evaluarían si se habían logrado. Su finalidad principal era la de promover el desarrollo y el mejoramiento del personal. En lo que se refiere a la pregunta de la reciprocidad de la evaluación, por mucho tiempo había creído que debería haber un sistema que permitiera la evaluación de los supervisores por los supervisados, y esperaba que con el tiempo sería posible introducirlo.

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

***Resoluciones y otras acciones de la 50.ª Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS (documento CE120/28)***

El Dr. David Brandling-Bennett (Director Adjunto, OPS) resumió el documento que examinaba 21 de las 38 resoluciones aprobadas por la 50.ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1997. La Secretaría consideraba que dichas resoluciones eran de interés especial para la Región de las Américas.

Varias resoluciones aprobadas por la Asamblea de la Salud eran pertinentes para las áreas programáticas de la OPS. Tres resoluciones trataban sobre el comercio internacional y el control de calidad de los productos farmacéuticos y biológicos, temas en los cuales el Programa Especial de Vacunas e Inmunización estaba trabajando extensamente con los países. Una resolución sobre la seguridad química instaba, entre otras cosas, a reducir el uso de insecticidas para el control de las enfermedades transmitidas por vectores, esfuerzo que ya estaban promoviendo la División de Salud y Ambiente y la División de Prevención y Control de Enfermedades de la OPS. Con respecto a una resolución sobre la protección del ambiente marino, la OPS apoyaría las actividades de la OMS para crear un centro de distribución de información y poner en práctica el Programa de Acción Mundial para la protección del medio marino frente a las actividades realizadas en tierra. Una resolución sobre la prevención de la violencia apoyaba el plan de acción integrado de la OMS; la OPS estaba formulando una iniciativa de prevención de la violencia para las Américas, en estrecha colaboración con el Banco Interamericano de Desarrollo y la Organización de los Estados Americanos. Otra resolución instaba al fortalecimiento de la función de liderazgo de los ministerios de salud en los países en desarrollo, tema que se trataría en detalle en el XL Consejo Directivo en septiembre. Los asuntos relacionados con la resolución

sobre el Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo se habían tratado en la reunión actual del Comité Ejecutivo bajo el tema 4.8.

Cuatro resoluciones trataban temas relativos a enfermedades infecciosas: Día Mundial de la Tuberculosis, eliminación de la filariasis linfática como problema de salud pública, prevención del paludismo y control y erradicación de la dracunculosis. Otras cuatro abordaban asuntos administrativos y financieros, y en particular, la equidad en el equilibrio geográfico de los miembros del personal y empleo de las mujeres. Otros asuntos que habían sido tema de las resoluciones de la Asamblea de la Salud fueron el uso eficaz de los centros colaboradores de la OMS, el informe del Grupo Especial sobre la Salud en el Desarrollo, la vinculación de la estrategia renovada de salud para todos con el Décimo Programa General de Trabajo de la OMS, y aspectos éticos de la clonación humana. Finalmente, se había elegido a Canadá y a Perú para designar a una persona que integraría el Consejo Ejecutivo de la OMS.

El Comité elogió el resumen preparado por la OPS. Un representante señaló que las recomendaciones emitidas por la OMS, la OPS u otra organización internacional en sus resoluciones no tenían ningún efecto si los países carecían de la voluntad o de la capacidad para ejecutarlas, o si un país dejaba de actuar de acuerdo con el grupo, por ejemplo, en el control de las enfermedades infecciosas. Sugirió que el Director debía reforzar ese mensaje a los países.

El Director declaró que seguiría recordando a los gobiernos la responsabilidad que tenían de llevar a cabo las actividades que colectivamente se habían comprometido a ejecutar, y buscaría nuevas oportunidades de comunicar ese mensaje. La Organización había tratado de reducir el número de resoluciones aprobadas y centrarse en las preocupaciones principales que los países deseaban acometer juntos. Con respecto a la clonación de seres humanos, uno de los temas que la Argentina había pedido a la OMS y a la OPS que incluyeran en sus deliberaciones, el Director solicitó que el Comité prestara atención especial a la resolución WHA50.37, que afirmaba que la clonación para la replicación de seres humanos es éticamente inaceptable.

No se consideró necesario aprobar una resolución sobre este tema, aunque se adoptó la decisión ya mencionada en cuanto a clonación humana (decisión CE120(D4)).

#### **Asuntos relativos al Reglamento**

#### ***Representación del Comité Ejecutivo en la XL Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XLIX Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE120/3)***

Se decidió que el Comité Ejecutivo estaría representado en la reunión antedicha por su Presidente y por el Representante de las Bahamas. Sus suplentes serían los Representantes de Chile y El Salvador, respectivamente (decisión CE120(D5)).

***Programa provisional de temas de la XL Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XLIX Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE120/4)***

El Dr. Brandling-Bennett presentó el programa de temas preparado por el Director de conformidad con el Artículo 12.C de la Constitución de la OPS y el Artículo 7 del Reglamento Interno del Consejo Directivo. Si bien no se había suprimido ni agregado nada al contenido del programa de temas, se sugirió que el título en inglés del tema 5.2, "Governance by the Ministries of Health in the Processes of Health Sector Reform" se modificara, ya que la palabra "governance" no transmitía el significado que se buscaba con la palabra "rectoría" en español.

Con respecto a la selección de los Estados Miembros que participan o designan un representante para varios cuerpos internacionales (temas 2.6 a 2.9), el Director indicó que los países tenían que manifestar a la Secretaría su interés en un cuerpo específico antes de la inauguración de la reunión del Consejo Directivo.

El Comité aprobó la resolución CE120.R16.

***Modificaciones del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo (documentos CE120/5, Rev. 1 y CE120/5, Rev. 1, Add. I)***

La Dra. Heidi Jiménez (Jefa, Oficina de Asuntos Jurídicos, OPS) explicó que la propuesta para modificar el Reglamento Interno del Comité Ejecutivo había surgido de una solicitud presentada por el Director en 1996, en la 118.ª Reunión del Comité Ejecutivo, de que se revisara el Reglamento Interno de todos los Cuerpos Directivos con miras a que no hicieran mención de ninguno de los sexos en particular. El análisis del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo, del Consejo Directivo y de la Conferencia Sanitaria Panamericana había revelado varios aspectos en los cuales los reglamentos de los tres cuerpos eran incompatibles entre sí o con prácticas vigentes en la Organización. En consecuencia, se había considerado aconsejable modificar los reglamentos no solo para que no hicieran mención de ningún sexo, sino también para rectificar las incongruencias. La Dra. Jiménez señaló que no se proponían cambios sustantivos. Los cambios eran principalmente de redacción y se procuraba no hacer mención particular de un sexo, aclarar el significado, eliminar incongruencias, y hacer que los reglamentos mencionados fuesen congruentes con lo que se hace en la práctica.

Por sugerencia del Director, el Comité Ejecutivo formó un grupo de trabajo para que considerara los cambios propuestos e hiciera una recomendación sobre si el Comité debía aprobarlos. El grupo de trabajo, compuesto por los Representantes de las Bahamas, Chile y los Estados Unidos de América, después de un examen minucioso del Reglamento Interno de los tres Cuerpos Directivos, recomendó que el Comité Ejecutivo aprobara el reglamento modificado que aparecía en el anexo A del documento CE120/5, Rev. 1, Add. I. También propuso que el Comité recomendara que el Consejo Directivo y la Conferencia Sanitaria Panamericana aprobaran los cambios propuestos en su reglamento interno respectivo.

El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE120.R17.

## Otros asuntos

Uno de los representantes señaló que los riesgos planteados por el consumo de tabaco eran pertinentes en varios de los temas considerados tanto por el Comité como por el Subcomité de Planificación y Programación, a saber la salud de los adolescentes, la salud bucodental, las enfermedades no transmisibles y la salud de los pueblos indígenas. Sin embargo, el consumo de tabaco no se había mencionado en el informe oral presentado por el Subcomité al Comité. En reconocimiento de la importancia del tema, el Representante de Costa Rica propuso que el Comité Ejecutivo aprobara una resolución elogiando a Canadá y a los Estados Unidos de América por los pasos que habían dado para combatir el consumo de tabaco e instar a todos los países del continente a colaborar para prevenir otros daños a la salud a medida que la industria tabacalera ampliaron su comercialización en los países en desarrollo. También se sugirió que la Organización debería proporcionar a los países un resumen de los adelantos legislativos en Canadá y los Estados Unidos con respecto al tabaco. Para dar a conocer esas sugerencias a reuniones futuras de los Cuerpos Directivos y a los países, el Comité aprobó la resolución CE118.R4.

El Director informó al Comité que la OPS presentaría un documento integral sobre el consumo de tabaco a una de las próximas reuniones del Subcomité de Planificación y Programación y que el tema se remitiría luego para que fuera considerado tanto por el Comité Ejecutivo como por el Consejo Directivo en 1998. El Representante del Canadá expresó la disposición de su país a compartir sus experiencias de lucha antitabáquica y a aprender de las experiencias de otros países.

El Representante de Panamá sugirió que el tema de la comunicación social se analizara en una reunión futura de los Cuerpos Directivos. El observador por la Unión Latinoamericana contra las Enfermedades de Transmisión Sexual (ULACETS) mencionó que el alcoholismo y la drogadicción —problemas de salud que afectan el éxito de las intervenciones contra otros problemas, como las ETS— también merecían consideración. El Representante de Venezuela sugirió que sería apropiado considerar temas amplios que abarquen áreas programáticas y sectores, como los problemas en materia de educación pública, a objeto de profundizar la comprensión de tales temas y cómo influían en la ejecución de los programas.

El Representante del Canadá elogió el mejoramiento de la calidad de los documentos. Agregó que estos resultaban particularmente útiles cuando incluían 1) datos de eficacia en función de los costos y un análisis de costo-beneficios y 2) enunciados claros de un plan de acción y sus resultados esperados. La Secretaría debería tratar de agregar un análisis económico a los documentos que no lo tenían. El Director contestó que sería difícil hacerlo antes de la reunión del Consejo Directivo, pero que se realizaría un esfuerzo para incluir más datos económicos en el futuro.

El Representante de Costa Rica observó que el oceanógrafo francés Jacques Cousteau había fallecido el 25 de junio de 1997. Añadió que si bien el Sr. Cousteau no era un profesional de la salud propiamente dicho, había efectuado una enorme contribución a la salud mediante sus esfuerzos para proteger la naturaleza y el ambiente. Sugirió que los Estados Miembros de la Organización debían expresar colectivamente su profundo pesar por la muerte del Sr. Cousteau. El Director dijo que la Secretaría prepararía una carta de pésame para enviar a la familia del Sr. Cousteau.

### **Clausura de la reunión**

El Director agradeció a los miembros del Comité por haber cumplido sus responsabilidades con entusiasmo y diligencia. Añadió que los comentarios de los representantes ayudarían a orientar el trabajo de la Secretaría, y apreciaba todas sus declaraciones, tanto las que expresaban apoyo como las que demostraban desacuerdo. También agradeció a los observadores de los Estados Miembros y de las ONG su participación e interés, al Presidente por su conducción eficaz de la reunión, al Vicepresidente por haber actuado como Presidente de la última reunión plenaria y al Relator. Asimismo, el Presidente dio las gracias a todos los participantes.

### **Resoluciones y decisiones**

En el curso de la 120.ª reunión, el Comité Ejecutivo aprobó las siguientes resoluciones y decisiones:

#### ***Resoluciones***

### **CE120.R1 SUBCOMITÉ SOBRE LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO**

#### ***LA 120.ª REUNIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo considerado el informe del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo (documento CE120/7), que presenta una propuesta para modificar el mandato del Subcomité,

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

1. Tomar nota del informe del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo (documento CE120/7).
2. Agradecer a los miembros del Subcomité la labor realizada y al Dr. Earl A. Martin su liderazgo como Presidente.



3. Pedir al Director que siga estimulando a los países a que desarrollen iniciativas coherentes con la prioridad asignada a la mujer, la salud y el desarrollo.
4. Aprobar las modificaciones al mandato del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo del Comité Ejecutivo presentadas en el anexo B del documento CE120/7.

*(Aprobada en la quinta sesión plenaria,  
celebrada el 25 de junio de 1997)*

## **CE120.R2 RECAUDACIÓN DE LAS CUOTAS**

### **LA 120.ª REUNIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Habiendo considerado el informe del Director sobre la recaudación de las cuotas (documento CE120/23 y Add. I), así como el informe relativo a los Estados Miembros atrasados en el pago de las cuotas al punto de que pueden estar sujetos a la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud;

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

Observando con preocupación que 23 Estados Miembros no han hecho ningún pago de sus contribuciones asignadas para 1997 y que las cantidades recaudadas correspondientes a las contribuciones de 1997 representan solo 30% del total asignado,

#### **RESUELVE:**

1. Tomar nota del informe del Director relativo a la recaudación de las cuotas (documento CE120/23 y Add. I).
2. Agradecer a los Estados Miembros que ya han efectuado pagos correspondientes a 1997, e instar a los demás Estados Miembros a que paguen sus cuotas pendientes lo más pronto posible.
3. Recomendar a la XL Reunión del Consejo Directivo que las restricciones al derecho de voto contenidas en el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS se apliquen rigurosamente a aquellos Estados Miembros que, para la fecha de apertura de dicha reunión, no hayan efectuado pagos sustanciales para cumplir con sus compromisos relativos a las cuotas o los que se estipulan en sus planes diferidos de pago.

4. Solicitar al Director que continúe informando a los Estados Miembros acerca de sus saldos pendientes y que informe a la XL Reunión del Consejo Directivo sobre el estado de la recaudación de las cuotas.

*(Aprobada en la quinta sesión plenaria,  
celebrada el 25 de junio de 1997)*

**CE120.R3 PROYECTO DE PRESUPUESTO POR PROGRAMAS DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD PARA EL BIENIO 1998-1999**

*LA 120.ª REUNIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,*

Habiendo considerado el informe del Subcomité de Planificación y Programación (documento CE120/6);

Habiendo examinado el proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el bienio 1998-1999 contenido en el *Documento Oficial 281*;

Notando con satisfacción los esfuerzos del Director en la preparación de este proyecto de presupuesto por programas en un clima de continuas dificultades fiscales;

Notando además con satisfacción la transparencia del documento de presupuesto y su continuo énfasis en los resultados esperados de los programas propuestos, y

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

**RESUELVE:**

1. Agradecer al Subcomité de Planificación y Programación su examen preliminar y su informe sobre el proyecto de presupuesto por programas.
2. Expresar su agradecimiento al Director por la atención prestada al ahorro de costos y al fortalecimiento programático en su elaboración del presupuesto por programas, en particular, en lo que respecta al aumento de la recaudación por concepto de deudas de los países y la contención del nivel de gasto de la administración central de los programas.
3. Solicitar al Director que reestructure la propuesta de presupuesto con el objeto de alcanzar un nivel de crecimiento cero para la presentación a la XL Reunión del Consejo Directivo, congruente con las recomendaciones y sugerencias formuladas por el Comité Ejecutivo durante el examen del *Documento Oficial 281*.

4. Recomendar a la XL Reunión del Consejo Directivo que considere el proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el bienio 1998-1999, con un presupuesto operativo efectivo de \$168.578.000, tal como haya sido redefinido por el Director, y que apruebe las resoluciones correspondientes sobre las asignaciones y cuotas, en especial en lo que respecta al estímulo a los países a cumplir con sus obligaciones de pago a la brevedad posible.

*(Aprobada en la quinta sesión plenaria,  
celebrada el 25 de junio de 1997)*

#### **CE120.R4 TABACO O SALUD**

##### ***LA 120.ª REUNIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Considerando las políticas previsoras adoptadas por el Canadá y los Estados Unidos de América para controlar el tabaquismo y ante la probabilidad de que las empresas tabacaleras aumenten la comercialización de sus productos en otros países, con los consiguientes efectos perjudiciales sobre la salud de la población;

Teniendo presente que la falta de leyes estrictas sobre el control del tabaco en muchos países de la Región facilita el mercadeo y la distribución de los productos de tabaco;

Consciente de que el tabaquismo constituye un factor de primera importancia en el aumento evidente de la morbilidad y la mortalidad debidas a enfermedades no transmisibles como el cáncer, los trastornos cardiovasculares y las enfermedades respiratorias crónicas, y que este factor puede modificarse, y

Reconociendo que los adolescentes entre los 12 y los 18 años son particularmente sensibles a la publicidad sobre el tabaco, que conduce al uso y la adicción de este, en especial debido a la falta de controles adecuados en muchos países,

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

1. Pedir a los Cuerpos Directivos de la OPS que, al examinar el tema del tabaco en 1998, consideren la conveniencia de exhortar a los Estados Miembros:
  - a) a que procuren lograr un mayor compromiso de los poderes legislativo y ejecutivo para hacer frente a este problema;
  - b) a que analicen y difundan información sobre políticas de control del tabaco adoptadas en países como el Canadá y los Estados Unidos de América, y que determinen la posibilidad de adaptar dichas políticas para su aplicación a nivel nacional y regional.

2. Pedir al Director:
  - a) que proponga políticas y directrices relativas a la cooperación técnica de la OPS con los Estados Miembros mediante las cuales se promueva el fortalecimiento del liderazgo y la capacidad de respuesta del sector de la salud en relación con este problema;
  - b) que informe a los Estados Miembros acerca del contenido de la presente resolución.

*(Aprobada en la sexta sesión plenaria,  
celebrada el 25 de junio de 1997)*

#### **CE120.R5 PREMIO OPS EN ADMINISTRACIÓN, 1997**

##### **LA 120.ª REUNIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Habiendo examinado el informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 1997 (documento CE120/8, Add. I), y

Teniendo presentes las disposiciones de las pautas y procedimientos para conferir el Premio OPS en Administración, según fueron aprobados por la XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana (1970) y modificados por la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana (1994),

##### **RESUELVE:**

1. Tomar nota de la decisión del Jurado de que se adjudique el Premio OPS en Administración, 1997, al Dr. Eduardo Bernabé Ordaz Ducungé, de Cuba, por sus esfuerzos pioneros en el establecimiento de programas de rehabilitación y en la humanización de la atención hospitalaria para personas que sufren enfermedades mentales crónicas.
2. Transmitir el informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 1997 (documento CE120/8, Add. I), a la XL Reunión del Consejo Directivo.

*(Aprobada en la sexta sesión plenaria,  
celebrada el 25 de junio de 1997)*

#### **CE120.R6 SALUD ORAL**

##### **LA 120.ª REUNIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Visto el informe sobre la salud oral de la población de las Américas (documento CE120/12),

**RESUELVE:**

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

**LA XL REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO,**

Visto el informe sobre la salud oral de la población de las Américas (documento CD40/\_\_\_);

Considerando las orientaciones estratégicas y programáticas de la Organización Panamericana de la Salud para el período 1995-1998 así como la estrategia regional de salud oral de la Organización;

Reconociendo que la salud oral es un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud en toda la Región de las Américas debido a la importancia que tiene como parte de la carga global de morbilidad, los costos relacionados con su tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención, y

Reconociendo que la OPS ha cooperado con los países de la Región en el establecimiento de las bases conceptuales y técnicas para el desarrollo de políticas, infraestructuras y capacidades programáticas relacionadas con los programas nacionales de salud oral,

**RESUELVE:**

1. Hacer suyo el documento CD40/\_\_\_ que describe la situación de la salud oral en la Región y las estrategias propuestas, destinadas a apoyar los esfuerzos gubernamentales para mejorar la eficacia y la eficiencia de los programas preventivos de salud oral, así como fortalecer la organización y la prestación de servicios de salud oral en la Región.
2. Instar a los Estados Miembros:
  - a) a que promuevan el establecimiento y desarrollo de programas nacionales de prevención de las enfermedades bucodentales con énfasis en la fluoruración del agua, la sal u otros vehículos como medida eficaz y eficiente para la disminución de la caries dental en la población;
  - b) a que promuevan el establecimiento o fortalecimiento de servicios nacionales eficientes y sostenibles de salud oral que sean accesibles a las poblaciones más necesitadas;
  - c) a que fortalezcan la capacidad técnica de las instituciones nacionales y locales responsables de la salud oral de los grupos poblacionales más necesitados en sus países;

- d) a que promuevan acciones de cooperación intersectoriales entre sus respectivos países para favorecer el adecuado desarrollo de los programas nacionales de salud oral.
3. Solicitar al Director:
- a) que apoye el establecimiento y coordinación de alianzas estratégicas que promuevan y faciliten el desarrollo de la estrategia regional de la OPS para salud oral;
  - b) que estimule la cooperación técnica entre países en actividades que promueva la salud oral.

*(Aprobada en la séptima sesión plenaria,  
celebrada el 26 de junio de 1997)*

## **CE120.R7 RECOPIACIÓN Y UTILIZACIÓN DE DATOS BÁSICOS EN SALUD**

### ***LA 120.ª REUNIÓN DEL COMITE EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el informe sobre recopilación y utilización de datos básicos en salud (documento CE120/11),

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

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

### ***LA XL REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO,***

Habiendo examinado el informe sobre recopilación y utilización de datos básicos (documento CD40/\_\_\_\_);

Considerando que la información y el conocimiento sobre las condiciones de salud y bienestar de la población es un insumo estratégico para el establecimiento de políticas, programación, vigilancia y evaluación de las respuestas sociales en el campo de la salud, y

Consciente de la necesidad de asegurar la disponibilidad de información de calidad sobre la situación sanitaria y la cobertura de los servicios de salud en la Región de las Américas,

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

1. Tomar nota del documento CD40/\_\_\_\_ y del esfuerzo regional para consolidar un sistema automatizado de información técnica en salud que permita el acceso rápido a información básica sobre la situación de salud de los países de la Región.

2. Recomendar a los Estados Miembros:
  - a) que utilicen un conjunto básico de información en salud para orientar la formulación, el ajuste y la evaluación de políticas y programas sanitarios, así como sustentar la reorientación de los servicios de salud y el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia en salud pública;
  - b) que renueven su compromiso con la recopilación oportuna de datos sobre la situación de salud y bienestar, asegurando su validez y la cobertura de todos los grupos humanos, desglosando la información por niveles geográficos, sexo y grupos poblacionales de interés para la salud y el desarrollo humano nacional;
  - c) que utilicen los datos básicos en salud como fuente principal para la medición cuantitativa y la comparación de prácticas en cuanto al logro de metas de situación de salud fijadas por mandatos nacionales e internacionales.
3. Pedir al Director:
  - a) que siga apoyando el desarrollo de la iniciativa de datos básicos en salud como elemento fundamental del mandato de la OPS consistente en facilitar a los Estados Miembros información sanitaria regional de la más alta calidad y relevancia;
  - b) que establezca mecanismos de coordinación con otros organismos y agencias internacionales que solicitan esta información, con el fin de lograr la máxima coherencia de los datos presentados por las mismas.

*(Aprobada en la séptima sesión plenaria,  
celebrada el 26 de junio de 1997)*

## **CE120.R8 SALUD Y DESARROLLO DE LOS ADOLESCENTES**

### **LA 120.ª REUNION DEL COMITE EJECUTIVO,**

Habiendo examinado el informe sobre salud y desarrollo de los adolescentes (documento CE120/13),

#### **RESUELVE:**

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

**LA XL REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,**

Habiendo examinado el informe del Director sobre la salud y desarrollo de los adolescentes en las Américas y el Plan de Acción para el fortalecimiento y el desarrollo de los planes y programas en esta esfera (documento CD40/\_\_\_\_);

Considerando las decisiones sobre el tema adoptadas por la Cumbre Mundial en favor de la Infancia y las resoluciones de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud aprobadas en la 42.ª Asamblea Mundial (WHA42.41) y en las XXXV y XXXVI Reuniones del Consejo Directivo (CD35.R16 y CD36.R18), respectivamente;

Reconociendo la importancia que el desarrollo y la salud de los adolescentes tiene para el futuro económico y social de los países de la Región;

Reconociendo que la situación de salud de los adolescentes tiene consecuencias en los adolescentes hoy, en su vida adulta y en las próximas generaciones;

Valorando la participación de los jóvenes y su contribución al progreso social, económico y político de las Américas, y

Considerando el apoyo que la OPS ha prestado al desarrollo de los planes y programas y la cooperación de instituciones internacionales, especialmente la Fundación W. K. Kellogg y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP),

**RESUELVE:**

1. Aprobar el marco conceptual y el Plan de Acción 1998-2001 sobre la salud y desarrollo del adolescente en las Américas presentado en el documento CD40/\_\_\_\_.
2. Instar a los Estados Miembros:
  - a) a que aboguen para incluir el tema de adolescencia y juventud en la agenda política y pública;
  - b) a que mejoren la capacidad de los países para satisfacer las necesidades de los adolescentes mediante la formulación de políticas públicas para los jóvenes y la formación de recursos humanos;
  - c) a que fortalezcan el trabajo en redes y las acciones intersectoriales incorporando a las universidades, organizaciones no gubernamentales y medios de comunicación;



- d) a que incorporen la participación juvenil en los planes y programas, impulsando la participación activa de los adolescentes en la promoción de su propia salud y la salud de las comunidades.
3. Recomendar al Director:
- a) que apoye el desarrollo y difusión del marco conceptual del Programa de Salud del Adolescente en las Américas;
- b) que colabore en el desarrollo de recursos humanos para atender las múltiples necesidades en materia de salud;
- c) que refuerce y active las redes nacionales, regionales e internacionales que trabajan en favor de los adolescentes;
- d) que promueva la investigación operativa sobre el tema.

*(Aprobada en la séptima sesión plenaria,  
celebrada el 26 de junio de 1997)*

## **CE120.R9 NUTRICIÓN**

### **LA 120.ª REUNIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Visto el informe sobre la situación nutricional en las Américas y el Plan de Acción (documento CE120/14),

#### **RESUELVE:**

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

### **LA XL REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO,**

Visto el informe del Director sobre la situación nutricional en las Américas y el Plan de Acción (documento CD40/\_\_\_\_);

Considerando las decisiones adoptadas en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia (1990) y la Conferencia Internacional sobre Nutrición (1992);

Reconociendo la importancia que la nutrición tiene para el futuro social y económico de los países de la Región;

Reconociendo que la situación de nutrición de la madre y el niño tiene consecuencias en la vida adulta de todos los individuos y en las próximas generaciones;

Valorando la participación activa de la población en la solución de los problemas nutricionales, y

Considerando la cooperación técnica que la OPS y otros organismos internacionales han brindado al diseño de políticas y desarrollo de planes y programas,

**RESUELVE:**

1. Aprobar el marco conceptual y Plan de Acción del Programa de Alimentación y Nutrición para las Américas, presentado en el documento CD40/\_\_\_\_\_.
2. Instar a los Estados Miembros:
  - a) a que ratifiquen el tema de nutrición en la agenda política y pública;
  - b) a que estimulen el mejoramiento de la capacidad técnica y gerencial de los países para el diseño de políticas planes y programas, a través de la formación técnica y gerencial de recursos humanos, de la participación de los sectores público y privado, del uso de la capacidad instalada en los países, del compromiso de los medios de comunicación masiva, y de la participación amplia de la misma población;
  - c) a que identifiquen y desarrollen intervenciones con equipos multiprofesionales, coordinación intersectorial e interagencial y con énfasis en prevención de las enfermedades y promoción de la salud;
  - d) a que fortalezcan el trabajo intersectorial incorporando a las organizaciones no gubernamentales, el sector privado, los medios de comunicación masiva y la sociedad civil.
3. Recomendar al Director:
  - a) que apoye el desarrollo y difusión del marco conceptual del Programa de Alimentación y Nutrición;
  - b) que abogue por la buena nutrición de la población y en particular de las mujeres, los niños y las niñas, en el contexto de la promoción de la salud, en las diferentes instancias, nacionales e internacionales;
  - c) que refuerce y active las redes nacionales, regionales e internacionales que trabajan en nutrición, utilizando las redes de información más avanzadas;

- d) que promueva la investigación operativa, incluyendo la evaluación de planes y programas de alimentación y nutrición y su respuesta a las necesidades cambiantes de la población en esta materia.

*(Aprobada en la séptima sesión plenaria,  
celebrada el 26 de junio de 1997)*

## **CE120.R10 SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS**

### *LA 120.ª REUNIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,*

Habiendo examinado el documento sobre la salud de los pueblos indígenas (documento CE120/17),

#### **RESUELVE:**

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

### *LA XL REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO,*

Habiendo examinado el informe sobre la salud de los pueblos indígenas (documento CD40/\_\_\_);

Reconociendo el cúmulo de pruebas que no cesa de aumentar sobre las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos para los aproximadamente 43 millones de indígenas de la Región de las Américas, y

Considerando los obstáculos económicos, geográficos y culturales que se oponen a la prestación eficiente y eficaz de servicios de salud pública y de atención sanitaria a las personas en zonas rurales aisladas y en las zonas urbanas marginales de la mayoría de los países,

#### **RESUELVE:**

1. Tomar nota del informe sobre el progreso en la ejecución de la Resolución CD37.R5, reafirmar el compromiso con las metas del Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo, y aprobar las actividades propuestas en el documento CD40/\_\_\_\_\_.
2. Exhortar a los Estados Miembros que han iniciado el proceso de reforma del sector sanitario a ser persistentes en los esfuerzos para detectar, vigilar y eliminar las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos de los grupos vulnerables, en especial los pueblos indígenas.

3. Señalar a los Estados Miembros que la renovación de la meta de salud para todos exige que se encuentren soluciones sostenibles para hacer frente a los obstáculos económicos, geográficos y culturales que impiden brindar asistencia adecuada a los grupos vulnerables.
4. Pedir al Director que continúe esforzándose por llevar a la práctica la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas.

*(Aprobada en la séptima sesión plenaria,  
celebrada el 26 de junio de 1997)*

## **CE120.R11 ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES**

### ***LA 120.ª REUNIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el documento CE120/18, que trata del predominio ascendente de las enfermedades no transmisibles en la carga de morbilidad general de América Latina y el Caribe, sus consecuencias para la salud de las poblaciones y para los servicios de salud, y la necesidad de crear medios de acción en previsión de que, según se estima, estas tendencias continúen en el siglo XXI;

Observando que la mayoría de las enfermedades no transmisibles pueden prevenirse (o al menos posponerse), muchas son reversibles y muchas son susceptibles de prevención secundaria para reducir las complicaciones, y

Reconociendo que uno de los objetivos del Programa de Enfermedades No Transmisibles de la OPS es fortalecer la capacidad de esta para apoyar iniciativas concretas de prevención y control de enfermedades crónicas en los Estados Miembros, y la demostración del desempeño eficaz del Programa hasta la fecha,

### ***RESUELVE:***

1. Exhortar a los Estados Miembros, en respuesta a la creciente carga de las enfermedades no transmisibles en el contexto de las reformas de los servicios de salud, a tener en cuenta las siguientes consideraciones al establecer prioridades y tomar decisiones:
  - a) evaluación de la carga de morbilidad, la capacidad y las características de diseño de los servicios sanitarios, y su pertinencia para la planificación de las intervenciones;
  - b) pruebas internacionales relativas a la posible eficacia de las intervenciones y evaluación de la efectividad de las mismas en las realidades locales;

- c) viabilidad económica y resultado esperado de las intervenciones;
  - d) métodos integrados que combinen elementos pertinentes de la promoción de la salud, la medicina clínica preventiva y la calidad de la atención en las intervenciones concretas.
2. Recomendar al Director que la OPS siga fortaleciendo su apoyo técnico a las iniciativas concretas de prevención y control de las enfermedades no transmisibles en los Estados Miembros.

*(Aprobada en la séptima sesión plenaria,  
celebrada el 26 de junio de 1997)*

**CE120.R12 FONDO DE LA OPS PARA BIENES INMUEBLES, Y MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE LOS EDIFICIOS PROPIEDAD DE LA OPS**

*LA 120.ª REUNIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,*

Habiendo examinado el documento CE120/25, en el que se informa sobre las medidas tomadas por la Secretaría con relación a los proyectos aprobados que se han financiado por el Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles y se describen otras necesidades en cuanto a proyectos,

**RESUELVE:**

Aprobar los proyectos de mantenimiento suplementarios para el edificio del Brasil por un monto de US\$ 212.000.

*(Aprobada en la séptima sesión plenaria,  
celebrada el 26 de junio de 1997)*

**CE120.R13 MODIFICACIONES DEL REGLAMENTO DEL PERSONAL DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

*LA 120.ª REUNIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,*

Habiendo considerado las modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana presentadas por el Director en el anexo al documento CE120/24;

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

Teniendo presente lo dispuesto en el Artículo 020 del Reglamento del Personal,

**RESUELVE:**

Confirmar las modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana presentadas por el Director en el anexo al documento CE120/24, con efecto desde el 1 de enero de 1997, respecto de los subsidios por familiares a cargo, tanto primarios como secundarios, que percibe el personal de las categorías profesional y superior; del elemento de compensación que forma parte del subsidio por movilidad y condiciones de trabajo difíciles; de la escala de sueldos aplicable a los puestos de la categoría profesional y de directores; y de la escala de imposición del personal de la categoría profesional y superior.

*(Aprobada en la séptima sesión plenaria,  
celebrada el 26 de junio de 1997)*

**CE120.R14 SUELDOS DE LOS TITULARES DE PUESTOS SIN CLASIFICAR****LA 120.ª REUNIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Considerando el cambio efectuado en la escala de sueldos básicos/mínimos para el personal de la categoría profesional y superior, con efecto desde el 1 de enero de 1997;

Teniendo en cuenta las recomendaciones de la 99.ª Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS a la 50.ª Asamblea Mundial de la Salud respecto a la remuneración de los Subdirectores Generales y los Directores Regionales, el Director General Adjunto y el Director General, y

Teniendo presente lo estipulado en el Artículo 3.1 del Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana y la Resolución CD20.R20 de la XX Reunión del Consejo Directivo,

**RESUELVE:**

1. Con efecto desde el 1 de enero de 1997:
  - a) fijar el sueldo neto del Director Adjunto en US\$ 90.855 anuales (con familiares a cargo) y \$82.245 (sin familiares a cargo);
  - b) fijar el sueldo neto del Subdirector en \$89.855 anuales (con familiares a cargo) y \$81.245 (sin familiares a cargo).
2. Recomendar a la XL Reunión del Consejo Directivo que fije el sueldo neto anual del Director en \$99.059 (con familiares a cargo) y en \$89.069 (sin familiares a cargo), con efecto a partir del 1 de enero de 1997.

*(Aprobada en la séptima sesión plenaria,  
celebrada el 26 de junio de 1997)*

**CE120.R15 ADMISIÓN DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES EN  
RELACIONES OFICIALES CON LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA  
DE LA SALUD**

*LA 120.ª REUNIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,*

Habiendo estudiado el informe presentado por el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales (documento 120/9, Add. I), y

Teniendo presente las disposiciones del documento *Principios que rigen las relaciones entre la Organización Panamericana de la Salud y las organizaciones no gubernamentales* (1995),

**RESUELVE:**

1. Autorizar el establecimiento de relaciones oficiales con la United States Pharmacopeial Convention, Inc. (USPC).
2. Pedir a la USPC que continúe con la identificación, junto con la OPS, de líneas de trabajo específicas a nivel regional y con los países de la Región a la brevedad posible.

*(Aprobada en la séptima sesión plenaria,  
celebrada el 27 de junio de 1997)*

**CE120.R16 PROGRAMA PROVISIONAL DE TEMAS DE LA XL REUNIÓN DEL  
CONSEJO DIRECTIVO DE LA OPS, XLIX REUNIÓN DEL COMITÉ  
REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS**

*LA 120.ª REUNIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,*

Habiendo examinado el programa provisional de temas (documento CD40/1) preparado por el Director para la XL Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XLIX Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, presentado como anexo del documento CE120/4, y

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

**RESUELVE:**

Aprobar el programa provisional de temas (documento CD40/1) preparado por el Director para la XL Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XLIX Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

*(Aprobada en la séptima sesión plenaria,  
celebrada el 26 de junio de 1997)*

**CE120.R17 REGLAMENTOS INTERNOS DEL COMITÉ EJECUTIVO, EL CONSEJO DIRECTIVO Y LA CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA**

**LA 120.ª REUNIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Considerando la conveniencia de que los reglamentos internos de los Cuerpos Directivos de la OPS concuerden con lo que se hace en la práctica, y de que haya congruencia entre los artículos de cada cuerpo que son similares;

Consciente de que, en el pasado, algunos artículos han dado lugar a interpretaciones erróneas;

Convencida de que la redacción de los reglamentos no debe hacer referencia a un sexo en particular;

Habiendo considerado el informe del grupo de trabajo y las modificaciones de los reglamentos internos del Comité Ejecutivo, el Consejo Directivo y la Conferencia Sanitaria Panamericana, tal como se proponen en los anexos A, B y C del documento CE120/5, Rev. 1, Add. I, y

Teniendo presente lo dispuesto en el Artículo 40 del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo que está en vigencia,

**RESUELVE:**

1. Agradecer al grupo de trabajo el examen tan completo que hizo de los reglamentos internos.
2. Aprobar las modificaciones del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo, tal como aparecen en el anexo A del documento CE120/5, Rev. 1, Add. I.



3. Recomendar que el Consejo Directivo apruebe las modificaciones de su Reglamento Interno, tal como aparecen en el anexo B del documento CE120/5, Rev. 1, Add. I.
4. Recomendar que la Conferencia Sanitaria Panamericana apruebe las modificaciones de su Reglamento Interno, tal como aparecen en el anexo C del documento CE120/5, Rev. 1, Add. I.

*(Aprobada en la séptima sesión plenaria,  
celebrada el 26 de junio de 1997)*

## **CE120.R18 VACUNAS E INMUNIZACIÓN**

### ***LA 120.ª REUNIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el informe sobre vacunas e inmunización (documento CE120/20),

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

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

### ***LA XL REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO,***

Habiendo examinado el informe del Director (documento CD40/\_\_\_\_) acerca de los progresos logrados por el Programa Especial de Vacunas e Inmunización y la iniciativa regional para la eliminación del sarampión en las Américas para el año 2000;

Reconociendo el compromiso sostenido de los Estados Miembros para asignar una alta prioridad a los programas de inmunización y sus esfuerzos por incorporar nuevas vacunas en el programa nacional de vacunación;

Observando con satisfacción que los Estados Miembros que han adoptado la estrategia de tres pasos recomendada por la OPS contra el sarampión están protegiendo eficazmente a los niños de 1 a 15 años de edad, pero expresando preocupación de que, a pesar de esos avances, el virus todavía está circulando en algunas partes de la Región y está afectando a poblaciones susceptibles;

Preocupada por la disminución de la atención a los cuatro indicadores de vigilancia de la parálisis flácida aguda (PFA), que se utilizan para detectar la posible circulación del poliovirus;

Reconociendo que la eficacia de las estrategias de inmunización depende de la utilización de vacunas de calidad garantizada, y

Reconociendo los enormes adelantos logrados en la investigación y desarrollo de vacunas en todo el mundo que culminarán en importantes nuevas vacunas,

**RESUELVE:**

1. Instar a los Estados Miembros:
  - a) a que asignen los recursos humanos y financieros necesarios para apoyar los programas usuales de vacunación en la Región;
  - b) a que mantengan a la Región de las Américas libre de la poliomielitis, mediante la vigilancia apropiada de la parálisis flácida aguda;
  - c) a que consideren los cambios ocurridos en la epidemiología del sarampión y, en consecuencia, modifiquen sus actuales estrategias de vacunación contra el sarampión, y a que determinen la necesidad de una campaña de seguimiento destinada a todos los niños de 1 a 4 años de edad;
  - d) a que coordinen la movilización de recursos de los sectores público y privado en apoyo de los programas generales de vacunación, por conducto de comités interinstitucionales de coordinación;
  - e) a que fortalezcan el sistema de control de calidad de las vacunas a nivel nacional y regional, por medio del apoyo constante de la Red Regional de Laboratorios de Control de Calidad y las autoridades nacionales de control;
  - f) a que organicen grupos nacionales asesores en vacunas e inmunización para fortalecer y coordinar actividades en todas las instituciones y laboratorios que participen en la investigación, desarrollo, producción y control de calidad de las vacunas;
  - g) a que fortalezcan la vigilancia previendo la introducción de nuevas vacunas (tales como los productos contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), contra hepatitis B y contra sarampión, parotiditis y rubéola (MMR), para determinar con precisión la carga de morbilidad y formular estrategias de vacunación apropiadas;
  - h) a que proporcionen recursos y participen activamente en la investigación y desarrollo de vacunas, con miras a facilitar la disponibilidad de nuevas vacunas de importancia regional.

2. Pedir al Director:
- a) que prosiga sus esfuerzos por allegar fondos para la ejecución del Plan de Acción para la Eliminación del Sarampión en las Américas para el año 2000;
  - b) coordine las actividades relativas a la investigación, desarrollo, producción y control de calidad de las vacunas en la Región;
  - c) fomente las acciones de la Organización y los países que tiendan a hacer accesibles a sus pueblos vacunas de la mejor calidad al menor costo posible.

*(Aprobada en la séptima sesión plenaria,  
celebrada el 26 de junio de 1997)*

## **CE120.R19 DENGUE, DENGUE HEMORRÁGICO Y FIEBRE AMARILLA**

### ***LA 120.ª REUNIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el informe sobre el dengue, el dengue hemorrágico y la fiebre amarilla (documento CE120/21),

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

Recomendar que el Consejo Directivo apruebe una resolución redactada en los siguientes términos:

### ***LA XL REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO,***

Habiendo examinado el informe sobre el dengue, el dengue hemorrágico y la fiebre amarilla (documento CD40/\_\_\_\_);

Considerando el marcado aumento de la magnitud del problema del dengue y el dengue hemorrágico en la Región de las Américas, así como el grave riesgo de epidemia de fiebre amarilla;

Reconociendo las repercusiones de salud pública, sociales y económicas que tienen estas enfermedades en el continente americano, y

Reconociendo la necesidad de ejecutar programas sostenibles y eficaces en función de los costos,

**RESUELVE:**

1. Exhortar a los Estados Miembros:
  - a) a que aprueben el Plan Continental para combatir a *Aedes aegypti* elaborado por el Grupo de Trabajo durante su reunión celebrada en Caracas (Venezuela) en abril de 1997, y a que adapten el plan a las condiciones predominantes en cada país, teniendo en cuenta la publicación *Dengue y dengue hemorrágico en las Américas: Guías para su prevención y control* (1994);
  - b) a que determinen los recursos humanos y financieros necesarios para la ejecución del plan, a la vez que se reconoce la importancia de movilizar y facultar a las comunidades para crear entornos limpios y sin riesgos;
  - c) a que incluyan la vacuna contra la fiebre amarilla en sus programas nacionales de inmunización en todas las áreas expuestas al peligro de transmisión de esta enfermedad.
2. Pedir al Director:
  - a) que colabore con los Estados Miembros en la ejecución del plan continental y estrategias afines, en la medida en que lo permitan los recursos;
  - b) que promueva mecanismos de comunicación y colaboración entre los Estados Miembros para optimizar la ejecución del Plan;
  - c) que coopere con los Estados Miembros en la obtención de recursos financieros externos destinados a apoyar las actividades nacionales de ejecución del Plan.

*(Aprobada en la séptima sesión plenaria,  
celebrada el 26 de junio de 1997)*

**CE120.R20 SALUD MENTAL**

**LA 120.ª REUNIÓN DEL COMITE EJECUTIVO,**

Visto el informe sobre salud mental (documento CE120/19),

**RESUELVE:**

Recomendar al Consejo Directivo la adopción de una resolución redactada en los siguientes términos:

*LA XL REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO,*

Visto el informe sobre salud mental (documento CD40/ \_\_\_\_);

Teniendo en cuenta que las necesidades de las poblaciones en materia de atención de salud mental son de magnitud creciente, resultado de los cambios demográficos que está experimentando la Región de las Américas, así como por la extensión del campo de competencia de la salud mental;

Consciente de la existencia de tecnologías que hacen posible controlar los trastornos psiquiátricos, y

Considerando que las acciones de promoción de la salud mental y del desarrollo psicosocial de la niñez complementan las fomentadas por la Cumbre Mundial en favor de la Infancia,

*RESUELVE:*

1. Instar a los Estados Miembros:
  - a) a que formulen y desarrollen programas nacionales de salud mental articulados con los de salud en general;
  - b) a que intensifiquen el apoyo a los esfuerzos tendientes a reorientar los servicios de salud mental de manera de asegurar una atención comunitaria de acuerdo con la iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica detallada en el documento CD40/ \_\_\_\_;
  - c) a que promuevan y apoyen activamente la inclusión de servicios de salud mental en todo seguro o plan prepago de salud y en todo programa de servicios de atención a la salud;
  - d) a que desarrollen programas de control de los trastornos afectivos, las epilepsias y las psicosis;
  - e) a que fortalezcan o pongan en marcha acciones de promoción de la salud mental y el desarrollo psicosocial de la niñez, con especial énfasis en la temprana edad;
  - f) a que apoyen la capacitación de los niveles gerenciales de los programas de salud mental en el marco de las escuelas de salud pública;
  - g) a que se esfuercen en mejorar la legislación que vele por la protección de los derechos humanos de los pacientes psiquiátricos.

2. Pedir al Director:
  - a) que continúe la cooperación técnica con los países y que la intensifique en la medida que los recursos financieros lo permitan;
  - b) que continúe apoyando la inclusión de temas de salud mental en todos los foros y acciones de salud, y en los vínculos de colaboración con otras agencias del sistema interamericano;
  - c) que exprese el reconocimiento de la OPS a la colaboración que generosamente prestan regiones y comunidades europeas, así como a los centros colaboradores de la OMS en la Región;
  - d) que apoye los programas de desarrollo de líderes especializados en salud mental.

*(Aprobada en la séptima sesión plenaria,  
celebrada el 26 de junio de 1997)*

## **CE120.R21 SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA**

### ***LA 120.ª REUNIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Visto el informe sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas (documento CE120/15 y Add. I),

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

Recomendar al Consejo Directivo la adopción de una resolución redactada en los siguientes términos:

### ***LA XL REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO,***

Visto el informe sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas (documento CD40/\_\_\_\_);

Considerando que las enfermedades de transmisión sexual aumentan el riesgo de transmisión del VIH, y que la infección con VIH/SIDA es fundamentalmente una enfermedad de transmisión sexual y una epidemia emergente que afecta a adolescentes y adultos jóvenes en la Región, y

Teniendo en cuenta el número creciente de personas que viven con la infección con VIH/SIDA y que requerirán atención médica y social humana, apropiada y eficiente en función de costos,

**RESUELVE:**

1. Apoyar las estrategias y recomendaciones propuestas en el documento de referencia, con miras a fortalecer la capacidad gerencial de los programas nacionales, mejorar la vigilancia epidemiológica, identificar prácticas óptimas de prevención, validar modelos apropiados para la atención de VIH/SIDA, e incrementar las actividades específicas de control de enfermedades de transmisión sexual (ETS) en la Región.
2. Instar a los Estados Miembros, en colaboración con la OPS y el ONUSIDA:
  - a) a que asuman activamente el liderazgo de la coordinación de los esfuerzos nacionales, promoviendo la respuesta intersectorial amplificada para la prevención del VIH/SIDA, preconizada por la OPS/OMS y el ONUSIDA;
  - b) a que fortalezcan las acciones del sector salud en el área del control de las ETS, enfocando específicamente la vigilancia epidemiológica y la atención de las ETS más comunes y con mayor impacto en las mujeres y los adolescentes;
  - c) a que redoblen los esfuerzos de movilización de recursos a nivel nacional y fomenten la cooperación horizontal entre países para reforzar la capacidad técnica de los programas nacionales de prevención y control de VIH/SIDA y las ETS, a nivel subregional.
3. Solicitar al Director:
  - a) que mantenga la capacidad técnica y científica de la Región e incremente la colaboración interprogramática de la OPS en la prevención del VIH/SIDA y las ETS, y el apoyo al ONUSIDA;
  - b) que informe a los Cuerpos Directivos sobre los cambios científicos, epidemiológicos, políticos o programáticos que requieran la atención de los mismos, con la periodicidad necesaria.
  - c) que apoye el esfuerzo de los países por hacer más accesibles los nuevos tratamientos a todas las personas que viven con VIH/SIDA en las Américas;
  - d) colabore con los países para hacer que los esfuerzos de comunicación masiva que estos desarrollan en el control del VIH/SIDA sean cada vez más efectivos.

*(Aprobada en al séptima sesión plenaria,  
celebrada el 26 de junio de 1997)*

**CE120.R22 SALUD Y AMBIENTE**

*LA 120.ª REUNIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,*

Habiendo examinado el informe sobre el análisis del Programa de Salud y Ambiente (documento CE120/22) y consciente de la importancia cada vez mayor de esta área programática para los Estados Miembros, y

Observando con satisfacción la evolución del Programa de la OPS sobre Salud y Ambiente en respuesta a los mandatos emanados de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (CNUMAD), así como de varias otras reuniones continentales de jefes de Estado y de gobierno,

**RESUELVE:**

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

*LA XL REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO,*

Habiendo examinado el informe (documento CD40/\_\_\_\_) sobre el análisis del Programa de Salud y Ambiente,

**RESUELVE:**

1. Hacer un llamamiento a los Estados Miembros para que continúen sus esfuerzos por desempeñar una función de liderazgo bien definida en la gestión de los problemas de salud relacionados con el medio ambiente;
2. Aceptar la propuesta del Director para reorientar el enfoque operativo del Programa de Salud y Ambiente.
3. Pedir al Director:
  - a) que continúe las negociaciones con el Gobierno de México a fin de tomar las medidas legales y administrativas que se requieran para formalizar la supresión del Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud (ECO) el 31 de diciembre de 1997;
  - b) que apoye al Gobierno de México en el establecimiento de un centro nacional de salud ambiental;



- c) que, ante la supresión del ECO, efectúe las modificaciones pertinentes en el programa de trabajo del Centro Panamericano de Ingeniería y Ciencias del Ambiente (CEPIS), con especial referencia a la capacitación, en particular en materia de epidemiología ambiental, en consulta con el Gobierno del Perú;
- d) que, en las gestiones correspondientes, vele por que el acceso de los países a los servicios del CEPIS sea fluido y por que tales servicios sean integrales y adecuados a las necesidades de los mismos en materia de salud ambiental.

*(Aprobada en la séptima sesión plenaria,  
celebrada el 26 de junio de 1997)*

### ***Decisiones***

#### ***CE120(D1) Adopción del programa de temas y del programa de sesiones***

De conformidad con el Artículo 5 del Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo adoptó el programa de temas y el programa de sesiones presentado por el Director.

*(Primera sesión plenaria, 23 de junio de 1997)*

#### ***CE120(D2) Informes sobre reuniones de Subcomités del Comité Ejecutivo celebradas desde la última reunión de este***

El Comité Ejecutivo tomó nota de los informes de la 27.<sup>a</sup> y la 28.<sup>a</sup> reuniones del Subcomité de Planificación y Programación y de la 17.<sup>a</sup> Reunión del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo (en cuanto al último informe, véase la resolución CE120.R1).

*(Primera sesión plenaria, 23 de junio de 1997)*

#### ***CE120(D3) Informe de la X Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial***

El Comité Ejecutivo tomó nota del Informe de la X Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial.

*(Primera sesión plenaria, 23 de junio de 1997)*

**CE120(D4) *Clonación humana***

El Comité Ejecutivo prestó atención especial y apoyó la resolución WHA50.37, en la que se afirma que la clonación para la replicación de seres humanos es éticamente inaceptable.

*(Séptima sesión plenaria, 26 de junio de 1997)*

**CE120(D5) *Representación del Comité Ejecutivo en la XL Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XLIX Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas***

De conformidad con el Artículo 14 del Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo decidió designar a su Presidente (Costa Rica) y al Representante de las Bahamas para representarlo en el XL Consejo Directivo, XLIX Comité Regional de la OMS para las Américas. Como suplentes de estos Representantes, el Comité designó a los Representantes de Chile y El Salvador, respectivamente.

*(Primera sesión plenaria, 23 de junio de 1997)*

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

**HECHO** en Washington, D.C., Estados Unidos de América, a los veintiséis días del mes de junio, de mil novecientos noventa y siete. El Secretario depositará los textos originales en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana y enviará copias a los Estados Miembros de la Organización.

---

**Hermán Weinstok**  
Representante de Costa Rica  
Presidente de la 120.<sup>a</sup> Reunión  
del Comité Ejecutivo

---

**George A. O. Alleyne**  
Secretario ex officio de la 120.<sup>a</sup> Reunión  
del Comité Ejecutivo  
Director de la  
Oficina Sanitaria Panamericana

## PROGRAMA DE TEMAS

*No. del documento*

### 1. APERTURA DE LA REUNIÓN

### 2. ASUNTOS RELATIVOS AL REGLAMENTO

- 2.1 Adopción del programa de temas y programa de sesiones  
(Art. 5, Reglamento Interno) CE120/1, Rev. 2 y CE120/WP/1
- 2.2 Representación del Comité Ejecutivo en la XL Reunión del Consejo Directivo, XLIX Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas  
(Art.14, Reglamento Interno del Comité Ejecutivo) CE120/3
- 2.3 Programa provisional de temas de la XL Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XLIX Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas  
(Art. 14.B, Constitución de la OPS)  
(Arts. 7 y 8, Reglamento Interno del Consejo Directivo) CE120/4
- 2.4 Modificaciones del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo CE120/5, Rev. 1 y Add. I

### 3. INFORMES DE COMITÉS Y SUBCOMITÉS

- 3.1 Informe del Subcomité de Planificación y Programación CE120/6
- 3.2 Informe del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo CE120/7
- 3.3 Informe del Jurado del Premio OPS en Administración, 1997 CE120/8 y Add. I

**3. INFORMES DE COMITÉS Y SUBCOMITÉS (cont.)**

- 3.4 Informe del Comité Permanente sobre Organizaciones No Gubernamentales CE120/9 y Add. I

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

- 4.1 Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud correspondiente al ejercicio económico 1998-1999

Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud correspondiente al ejercicio económico 2000-2001

Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el ejercicio 2000-2001

*Doc. oficial 281*  
y CE120/10

- 4.2 Recopilación y utilización de datos básicos en salud CE120/11
- 4.3 Salud oral CE120/12
- 4.4 Salud de los adolescentes CE120/13
- 4.5 Nutrición CE120/14
- 4.6 Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas CE120/15 y Add. I

*(Resolución CD32.R12)*

- 4.7 Informe de la X Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial CE120/16
- 4.8 Salud de los pueblos indígenas CE120/17
- 4.9 Enfermedades no transmisibles CE120/18
- 4.10 Salud mental CE120/19

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

- |      |  |                      |
|------|--|----------------------|
| 4.11 | Vacunas e inmunización   | CE120/20<br>y Rev. 1 |
| 4.12 | Informe sobre el dengue, el dengue hemorrágico<br>y la fiebre amarilla | CE120/21             |
| 4.13 | Análisis del Programa de Salud y Ambiente                              | CE120/22             |

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

- |     |   |                         |
|-----|---|-------------------------|
| 5.1 | Informe sobre la recaudación de las cuotas<br><i>(Resolución CD39.R1)</i>                                   | CE120/23<br>y Add. I    |
| 5.2 | Informe financiero parcial del Director para 1996<br><i>(Arts. 11.3 y 12.9 d), Reglamento Financiero)</i>   | <i>Doc. oficial 282</i> |
| 5.3 | Modificaciones del Reglamento del Personal de la<br>Oficina Sanitaria Panamericana                          | CE120/24 y<br>Corrig. I |
| 5.4 | Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles, y mantenimiento<br>y reparación de los edificios propiedad de la OPS | CE120/25                |
| 5.5 | Edificios de las oficinas de campo de la OPS  | CE120/26                |

**6. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL**

- |     |  |          |
|-----|--|----------|
| 6.1 | Intervención del representante de la Asociación de Personal<br>de la OPS/OMS   | CE120/27 |
| 6.2 | Resoluciones y otras acciones de la 50.ª Asamblea Mundial<br>de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS | CE120/28 |

**7. OTROS ASUNTOS**

## LISTA DE DOCUMENTOS

### Documentos Oficiales

- Documento oficial 281* Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud correspondiente al ejercicio económico 1998-1999, anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud correspondiente al ejercicio económico 2000-2001, Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el ejercicio 2000-2001
- Documento oficial 282* Informe financiero parcial del Director para 1996

### Documentos de trabajo

- CE120/5, Rev. 1 y Add. I  
CE120/6  
CE120/7  
CE120/8 y Add. I  
CE120/9 y Add. I  
CE120/10  
CE120/11  
CE120/12  
CE120/13  
CE120/14  
CE120/15 y Add. I  
CE120/16  
CE120/17  
CE120/18  
CE120/19  
CE120/20 y Rev. 1
- Modificaciones del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo  
Informe del Subcomité de Planificación y Programación  
Informe del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo  
Informe del Jurado del Premio OPS en Administración, 1997  
Informe del Comité Permanente sobre Organizaciones No Gubernamentales  
Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud correspondiente al ejercicio económico 1998-1999  
Recopilación y utilización de datos básicos en salud  
Salud oral  
Salud de los adolescentes  
Nutrición  
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas  
Informe de la X Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial  
Salud de los pueblos indígenas  
Enfermedades no transmisibles  
Salud mental  
Vacunas e inmunización

CE120/21	Informe sobre el dengue, el dengue hemorrágico y la fiebre amarilla
CE120/22	Análisis del Programa de Salud y Ambiente
CE120/23 y Add. I	Informe sobre la recaudación de las cuotas
CE120/24	Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
CE120/25	Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles, y mantenimiento y reparación de los edificios propiedad de la OPS
CE120/26	Edificios de las oficinas de campo de la OPS
CE120/27	Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS
CE120/28	Resoluciones y otras acciones de la 50.ª Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS

#### **Documentos de Información**

CE120/INF/1	Estadísticas del Personal de OSP/OMS
-------------	--------------------------------------



**LIST OF PARTICIPANTS  
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members of the Committee  
Miembros del Comité**

**Bahamas**

Dr. Merceline Dahl-Regis

**Chile**

Dr. Fernando Muñoz Porras  
Dr. Alvaro Erazo Latorre  
Dr. Carlos Anríquez Loyola

**Colombia**

Dr. Juan Carlos Giraldo  
Sra. Ana María de Cepeda  
Dr. Carlos Eduardo Jaramillo

**Costa Rica**

Dr. Herman Weinstok

**El Salvador**

Dr. Eduardo Interiano  
Dr. Humberto Urbina

**Panama**

Dra. Enelka González de Samudio

**Paraguay**

Dr. Roberto Dullak Peña  
Sr. Christian Maidana

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

**Saint Kitts and Nevis/Saint Kitts y Nevis**

Hon. Earl A. Martin

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

Ms. Linda A. Vogel  
Ms. Ann S. Blackwood  
Mr. Neil A. Boyer  
Ms. Mary Lou Valdez  
Ms. Regina Griego

**Observers**  
**Observadores**

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

**Brazil/Brasil**

Sr. Santiago Alcázar

**Canada**

Mr. Nick Previsich

**Cuba**

Mr. Eddy Machado  
Mr. Rafael Noriega

**France/Francia**

M. Alain de Kéghel

**United Kingdom/Reino Unido**

Mrs. Marilyn Forbes  
Mrs. Monica Wilson

**Observers  
Observadores**

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

**Uruguay**

Sra. Susana Rosa

**Venezuela**

Dr. Elbano Pieruzzi

**Observer States  
Estados Observadores**

**Spain/España**

Sr. Francisco Sanabria  
Sra. Carmen Collado

**Intergovernmental Organizations  
Organizaciones Intergubernamentales**

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

Dr. Eduardo Salvadó

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

Sr. Benno Sander

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

Dr. Aaron Lechtig

*Latin American and Caribbean Institute for Economic and Social Planning/Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social*

Mr. Rex Garcia

**Observers  
Observadores**

**Nongovernmental Organizations  
Organizaciones No Gubernamentales**

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

Ing. Luis Augusto de Lima Pontes  
Sr. Roberto Souza Barros

*Latin American Federation of the Pharmaceutical Industry/Federación Latinoamericana de la Industria Farmaceutica*

Sr. Hubertus Von Groll

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

Dr. Carmen Carrington

*National Coalition of Hispanic Health and Human Services Organizations (COSSMHO)/ Coalición Nacional de Organizaciones que Prestan Servicios de Salud y Sociales a los Hispanos (COSSMHO)*

Ms. Eliana Loveluck

**Pan American Sanitary Bureau  
Oficina Sanitaria Panamericana**

*Director and Secretary ex officio of the Meeting  
Director y Secretario ex officio de la Reunión*

Dr. George A. O. Alleyne  
Director

*Advisers to the Director  
Asesores del Director*

Dr. David Brandling-Bennett  
Deputy Director

Dr. Mirta Roses  
Assistant Director

Mr. Thomas Tracy  
Chief of Administration

Mr. Horst Otterstetter  
Director, Division of Health and Environment

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

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

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

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

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

Dr. Irene Klinger  
Chief, Office of External Relations

**Pan American Sanitary Bureau (cont.)**  
**Oficina Sanitaria Panamericana (cont.)**

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

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

*Legal Counsel*  
*Asesora Jurídica*

Dr. Heidi V. Jiménez

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

Mr. César A. Portocarrero

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

Ms. Janice A. Barahona