

comité ejecutivo del
consejo directivo

**ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD**



grupo de trabajo del
comité regional

**ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD**

122.^a Sesión
Washington, D.C.
Junio de 1998

Punto 7.1 del orden del día provisional

CE122/23 (Esp.)
8 junio 1998
ORIGINAL: INGLÉS

**RESOLUCIONES Y OTRAS ACCIONES DE LA 51a ASAMBLEA
MUNDIAL DE LA SALUD DE INTERÉS PARA EL
COMITÉ EJECUTIVO DE LA OPS**

La 51.^a Asamblea Mundial de la Salud se celebró en Ginebra (Suiza), del 11 al 16 de mayo de 1998, con la participación de delegados de todos los Estados Miembros de la Región de las Américas. La Asamblea de la Salud aprobó 31 resoluciones.

El presente documento contiene un resumen de los trabajos de la Asamblea de la Salud y de las resoluciones que, a juicio del Director Regional, son de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS. Se consideran en el documento 19 de las 31 resoluciones y la nueva composición del Consejo Ejecutivo. También se reseñan dos temas tratados por el Consejo Ejecutivo en su 102.^a reunión, celebrada el 18 y 19 de mayo de 1998.

Se pide al Comité Ejecutivo que analice y debata la importancia de estas resoluciones para los Estados Miembros de la OPSAMRO y para la Oficina Regional.

CONTENIDO

	Página
<i>1. Introducción</i>	5
<i>2. Asuntos de política del programa</i>	5
2.1 Acción concertada de salud pública en relación con las minas antipersonal (WHA51.8)	5
2.2 Publicidad, promoción y venta transfronterizas de productos médicos por medio de Internet (Resolución WHA51.9)	6
2.3 Eliminación mundial del tracoma causante de ceguera (resolución WHA51.9)	7
2.4 Promoción de la salud (resolución WHA51.12)	7
2.5 Tuberculosis (resolución WHA51.13)	8
2.6 Eliminación de la transmisión de la enfermedad de Chagas (resolución WHA51.14)	9
2.7 Eliminación de la lepra como problema de salud pública (resolución WHA51.15)	11
2.8 Enfermedades emergentes y otras enfermedades transmisibles: resistencia a los antimicrobianos (resolución WHA51.17)	11
2.9 Prevención y control de enfermedades no transmisibles (resolución WHA51.18)	12
2.10 Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo (resolución WHA51.24)	13
2.11 Asuntos ambientales: Estrategia de saneamiento para comunidades de alto riesgo (resolución WHA51.28)	14
2.12 Protección de la salud humana contra las amenazas relacionadas con el cambio climático y el agotamiento del ozono estratosférico (resolución WHA51.29)	15
<i>3. Asuntos administrativos y financieros</i>	17
3.1 Revisión de la Constitución y arreglos regionales de la Organización Mundial de la Salud: Asignaciones del presupuesto ordinario a las regiones (resolución WHA51.31)	17
<i>4. Otros asuntos</i>	17
4.1 Política de salud para todos para el siglo XXI (resolución WHA51.7)	17
4.2 Repercusiones éticas, científicas y sociales de la clonación en la salud humana (resolución WHA51.10)	18
4.3 Promoción de la cooperación técnica horizontal en la reforma del sector sanitario en los países en desarrollo (resolución WHA51.16)	19
4.4 Colaboración dentro del sistema de las Naciones Unidas y con otras organizaciones intergubernamentales: Salud de los niños y los adolescentes (resolución WHA51.22)	20
4.5 Modificación de los artículos 24 y 25 de la Constitución (resolución WHA51.23)	20

4.6 Revisión de la Constitución y arreglos regionales de la Organización Mundial de la Salud: Condición de los miembros del Consejo Ejecutivo: Aclaración de la interpretación del Artículo 24 de la Constitución de la OMS (resolución WHA51.26)	21
4.7 Composición del Consejo Ejecutivo	21
4.8 102.^a reunión del Consejo Ejecutivo. Modificación del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo: mandato de los Directores Regionales (resolución EB102.R1)	21
4.9 102.^a Reunión del Consejo Ejecutivo. Estrategia revisada en materia de medicamentos (decisión EB102 (14))	22
<i>Anexos</i>	22

1. Introducción

La 51.^a Asamblea Mundial de la Salud se sostuvo en Ginebra (Suiza), del 11 al 16 de mayo de 1998. La Dra. Altigracia Guzmán Marcelino, Ministra de Salud de la República Dominicana, fue elegida uno de los cinco Vicepresidentes, y Venezuela fue elegida para la Vicepresidencia de la Comisión B.

Durante sus deliberaciones, la Asamblea de la Salud celebró el 50.^o aniversario de la OMS, consideró los trabajos del Consejo Ejecutivo en sus 100.^a y 101.^a reuniones, adoptó la Declaración Mundial de la Salud, por la cual se afirma la política de salud para todos en el siglo XXI, examinó el Informe sobre la Salud en el Mundo 1998 y consideró una variedad de temas programáticos, administrativos y constitucionales. La Asamblea de la Salud aprobó un total de 31 resoluciones, 7 menos que en 1997.

La labor de la Asamblea de la Salud se resume en las secciones que siguen. Solo se incluyen las resoluciones y otras acciones que se consideran de especial importancia para la Región de las Américas están incluidos y se agrupan por tema. Las que guardan relación con los puntos del orden del día que está considerando el Comité Ejecutivo de la OPS se indican mediante las remisiones pertinentes. Todas las resoluciones de la Asamblea de la Salud figuran en el anexo, por orden numérico.

En el presente documento se reseñan también dos temas abordados por el Consejo Ejecutivo de la OMS en su 102.^a reunión.

2. Asuntos de política del programa

2.1 *Acción concertada de salud pública en relación con las minas antipersonal (WHA51.8)*

Recordando la Declaración de Ottawa, la Declaración de Bruselas y la Convención de Oslo, todas ellas de 1997, así como el párrafo dispositivo C.2 de la resolución EB95.R17, referente a la acción de emergencia y humanitaria, la Asamblea de la Salud declara que los daños que causan las minas antipersonal constituyen un problema de salud pública, e insta a todos los Estados Miembros a que firmen y ratifiquen la Convención; incorporen en los planes nacionales de salud la prevención de las lesiones por minas antipersonal y la ayuda a las víctimas; apoyen la aplicación del plan de acción de la OMS sobre las minas antipersonal; y, en su caso, proporcionen mapas y los datos necesarios para identificar los campos de minas. Además, pide al Director General que fortalezca la capacidad de los Estados afectados para evaluar mejor los efectos para la salud de las lesiones por minas antipersonal, sensibilizar al público sobre las minas, y fortalecer y mejorar el manejo de emergencia y posemergencia de las lesiones por minas antipersonal, prestando especial atención al tratamiento y la rehabilitación.

La División de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS ha trabajado con los gobiernos de Canadá y México para evaluar la situación de las lesiones por minas antipersonal en Centroamérica, con la intención de fortalecer los servicios de tratamiento y rehabilitación. La

OPS trabajará con organizaciones no gubernamentales, junto con organismos del gobierno, para llevar a cabo la evaluación y fortalecer los servicios de rehabilitación.

2.2 *Publicidad, promoción y venta transfronterizas de productos médicos por medio de Internet (Resolución WHA51.9)*

Recordando la resolución WHA50.4 sobre el mismo tema y resoluciones anteriores sobre la promoción de medicamentos, y reconociendo las diferencias entre los Estados Miembros, la importancia de la colaboración entre los Estados Miembros y la OMS, la importancia de la legislación nacional y regional y la importancia de los mecanismos de autorregulación, la Asamblea de la Salud insta a todos los Estados Miembros a que examinen la legislación, los reglamentos y las directrices existentes; colaboren en las cuestiones suscitadas por el uso de Internet; y fomenten el uso de Internet para obtener información científica. Hace un llamamiento a la industria, los profesionales de la salud y las organizaciones de consumidores para que promuevan la formulación y el uso de prácticas adecuadas de información; vigilen y notifiquen los casos y aspectos problemáticos, y mantengan normas legales y éticas. Además, pide al Director General que aliente la formulación de directrices para la autorregulación; prepare una guía modelo para que los Estados Miembros enseñen a utilizar Internet; colabore con otras organizaciones; inste a los Estados Miembros a fortalecer los mecanismos de vigilancia y estudio de la publicidad transfronteriza y a que adopten medidas reglamentarias, cuando proceda; y aliente a los Estados Miembros y a las organizaciones no gubernamentales interesadas a que notifiquen a la OMS los casos y aspectos problemáticos.

El Programa de la OPS sobre Medicamentos Esenciales y Tecnología sigue ayudando a los Estados Miembros a conectarse a la Internet y usarla eficazmente. El Programa reconoce el potencial de la Internet como un instrumento para la promoción de la salud y el autocuidado y alienta a los productores, los organismos de clasificación independientes y otras organizaciones públicas y privadas a que colaboren voluntariamente para proporcionar a los consumidores los medios para juzgar por sí mismos qué información es valiosa y digna de crédito. Si bien la OPS está preocupada por la calidad y la validez del material que se consigue en la Internet, no será posible que los funcionarios del Programa examinen, vigilen o acrediten toda la información sobre productos médicos. Por consiguiente, la OPS apoya plenamente el criterio adoptado en la resolución WHA51.9.

2.3 *Eliminación mundial del tracoma causante de ceguera (resolución WHA51.9)*

Recordando resoluciones anteriores sobre la prevención de la ceguera y sobre la rehabilitación, preocupada porque hay unos 146 millones de casos activos de tracoma, y reconociendo la estrategia SAFE ¹¹, la Asamblea de la Salud exhorta a los Estados Miembros a que apliquen los nuevos métodos de detección rápida y cartografía del tracoma causante de ceguera; apliquen la estrategia SAFE, y colaboren en la alianza para la eliminación mundial del tracoma. Asimismo, pide al Director General que intensifique la cooperación con los Estados Miembros; perfeccione aún más los componentes de la estrategia SAFE; refuerce la colaboración entre organismos, y facilite la movilización de fondos extrapresupuestarios.

Si bien el tracoma es la segunda causa de ceguera en todo el mundo, no es un problema grave de salud pública en las Américas. Hay unos pocos focos comprobados de endemidad en Brasil, Guatemala y México, y presuntos focos en Bolivia y Perú. Lamentablemente, son limitados los datos acerca de la prevalencia de la enfermedad y es escasa la información acerca del número de intervenciones quirúrgicas efectuadas para tratar la triquiasis en la Región. El Programa de la OPS sobre Salud Ocular, que forma parte de la División de Sistemas y Servicios de Salud, colaborará con los países comprobada o presuntamente afectados por la enfermedad endémica para mejorar la vigilancia y el tratamiento, a fin de eliminar la transmisión del tracoma, cosa que es compatible con la meta mundial.

2.4 Promoción de la salud (resolución WHA51.12)

Recordando resoluciones anteriores y el resultado de las cuatro conferencias internacionales sobre promoción de la salud; reconociendo la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud; reconociendo el potencial de las actividades de promoción de la salud de constituir un recurso para el desarrollo de la sociedad, y confirmando las prioridades establecidas en la Declaración de Yakarta para la Promoción de la Salud en el Siglo XXI, la Asamblea de la Salud insta a todos los Estados Miembros a que fomenten la responsabilidad social en materia de salud; aumenten las inversiones para el desarrollo sanitario; amplíen los “vínculos de asociación en pro de la salud”; y adopten un enfoque basado en datos bien fundamentados para la política y la práctica en materia de promoción de la salud. Exhorta a las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas a que movilicen a los Estados Miembros y a que creen redes mundiales, regionales y locales de promoción de la salud. Finalmente, exhorta al Director General a que acreciente la capacidad de la Organización para reducir las desigualdades en la salud; establezca una alianza para la promoción mundial de la salud; apoye el desarrollo de una política y práctica de promoción de la salud basada en datos bien fundamentados; y sitúe la promoción en la lista de las máximas prioridades de la OMS.

La OPS, por conducto de la División de Promoción y Protección de la Salud, ha participado activamente en las conferencias internacionales recientes sobre promoción de la salud y se adhiere firmemente a los principios de la Carta de Ottawa. El tema del Informe Anual del Director correspondiente a 1996 fue *Gente sana en entornos saludables*, que es una estrategia clave para la promoción de la salud. La OPS ha asignado gran prioridad a la promoción de la salud y ha emprendido muchas de las actividades recomendadas en la resolución, en especial la colaboración con otros organismos del sistema de las Naciones Unidas y con organizaciones comunitarias.

2.5 Tuberculosis (resolución WHA51.13)

Consciente de que la tuberculosis sigue siendo una de las causas más importantes de mortalidad en los adultos, reconociendo que la situación está empeorando en muchos países y convencida de que es posible controlar la tuberculosis aplicando la estrategia de TOD (tratamiento bajo observación directa), la Asamblea de la Salud insta a todos los Estados Miembros a que intensifiquen el control de la tuberculosis como parte integrante de la atención

primaria de salud antes del año 2000; establezcan un sistema eficaz de vigilancia de la enfermedad; que adopten las medidas necesarias para alcanzar las metas mediante la aplicación y ampliación de la estrategia de TOD, y coordinen la observancia del Día Mundial de la Tuberculosis el 24 de marzo de cada año. De manera análoga, exhorta a la comunidad internacional a que movilice y mantenga un apoyo exterior financiero y operacional, y pide al Director General que favorezca el acceso de los países pobres a medicamentos de buena calidad; favorezca el establecimiento de redes para la vigilancia de la farmacorresistencia múltiple; fomente las investigaciones, e intensifique la colaboración y coordinación con el ONUSIDA.

En su 39.^a sesión, celebrada en 1996, el Consejo Directivo de la OPS analizó detenidamente la situación de la tuberculosis en la Región. Con la notable excepción de Brasil, los principales países latinoamericanos han adoptado la estrategia de DOTS (tratamiento acortado directamente observado) ²², que se encuentra en diversas etapas de aplicación. El Centro de Epidemiología del Caribe de la OPS está colaborando con los países del Caribe de habla inglesa para ayudarlos en la adopción de dicha estrategia. Como resultado de todo ello, es probable que unos 20 países americanos alcancen las metas en el año 2000. En su próxima reunión, programada para octubre de 1998, los directores de los programas nacionales contra la tuberculosis de la Región examinarán el estado que guarda la ejecución de la estrategia de DOTS y los adelantos logrados con relación a la consecución de las metas.

2.6 Eliminación de la transmisión de la enfermedad de Chagas (resolución WHA51.14)

Alentada por los progresos realizados en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay hacia la eliminación de la enfermedad de Chagas, y reconociendo las decisiones recientes de lograr la eliminación de la transmisión de la enfermedad de Chagas en las subregiones andina y centroamericana, la Asamblea de la Salud declara su compromiso con la meta de la eliminación de la transmisión de la enfermedad de Chagas para el final del año 2010, pide a los Estados Miembros que elaboren planes de acción e invita a los organismos bilaterales e internacionales de desarrollo y otras organizaciones a que ayuden a garantizar que se disponga de fondos. Por último, insta al Director General a que vele por que la OMS certifique la eliminación país por país, preste apoyo a los Estados Miembros y siga tratando de obtener recursos extrapresupuestarios.

Le complace a la OPS el reconocimiento que los países del Cono Sur han recibido por sus fructuosos esfuerzos para eliminar la transmisión intradomiciliaria de *Trypanosoma cruzi*, protozoo causante de la enfermedad de Chagas. También se han logrado adelantos considerables en toda América Latina por lo que hace a la interrupción de la transmisión del parásito por las transfusiones de sangre y sus derivados. Sin embargo, es poco probable que la enfermedad de Chagas pueda eliminarse a corto plazo porque la enfermedad es crónica, y probablemente seguirán detectándose casos en la primera mitad del próximo siglo. Además, vectores selváticos de *T. cruzi* podrían invadir las viviendas y mantener la transmisión, aun cuando se hayan eliminado los vectores domiciliarios. Por consiguiente, la OPS no está segura de la factibilidad de eliminar la transmisión de la enfermedad de Chagas fuera de los países del Cono Sur.

2.7 Eliminación de la lepra como problema de salud pública (resolución WHA51.15)

Tomando nota con satisfacción de los progresos realizados hasta el momento en la eliminación de la lepra como problema de salud pública y reconociendo la necesidad de intensificar las actividades de lucha contra esta enfermedad, la Asamblea de la Salud insta a los Estados Miembros a que intensifiquen sus esfuerzos y pide al Director General que siga fortaleciendo el apoyo técnico a los Estados Miembros, continúe allegando recursos y refuerce aún más la colaboración con las organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales.

La farmacoterapia múltiple ha sido la base del éxito en la campaña para eliminar la lepra. En 1996 había 124.118 casos en la Región, de los cuales 43.432 eran nuevos casos detectados. En solo cuatro países —Brasil, Colombia, Paraguay y Venezuela— la lepra no se ha eliminado como problema de salud pública (o sea, menos de 1 caso por 10.000 habitantes).

Colombia, Paraguay y Venezuela alcanzarán la meta de la eliminación en 1999. En el Brasil, donde el problema es de mayor magnitud, se han intensificado los esfuerzos por intermedio de los servicios de salud, coincidiendo con las jornadas nacionales de vacunación. La OMS está proporcionando medicamentos al Brasil, a fin de que el presupuesto del Ministerio de Salud para la lepra pueda destinarse al apoyo programático. Aun así, será muy difícil para el Brasil lograr la eliminación en el año 2000, ya que en 1996 el país tenía 105.000 casos, de los cuales 39.000 eran recién detectados. Afortunadamente, la cobertura de tratamiento ha alcanzado 89% de los casos.

2.8 Enfermedades emergentes y otras enfermedades transmisibles: resistencia a los antimicrobianos (resolución WHA51.17)

Preocupada por la rápida aparición y propagación de agentes patógenos para el ser humano que son resistentes a los antibióticos disponibles y por el amplio uso de antibióticos en la producción de alimentos, la Asamblea de la Salud insta a los Estados Miembros a que desarrollen sistemas sostenibles para detectar los agentes patógenos resistentes a los antimicrobianos; elaboren programas de educación del personal profesional y del público en general acerca del uso apropiado de los antimicrobianos; mejoren las prácticas para prevenir la propagación de la infección; elaboren medidas para proteger a los agentes de salud; prohíban la distribución de agentes antimicrobianos sin una prescripción válida; impidan la fabricación, venta y distribución de agentes antimicrobianos falsificados; y alienten el uso reducido de antimicrobianos en la producción de alimentos de origen animal. Además, pide al Director General que apoye a los países en sus esfuerzos para combatir la resistencia a los antimicrobianos; preste asistencia en la elaboración de políticas nacionales sostenibles para el uso racional de los antimicrobianos en la medicina humana y en la producción de alimentos de origen animal; colabore con los sectores privado y público; idee estrategias para reunir y compartir información; elabore programas de información y educación para los prescriptores y los usuarios; y estimule el fomento de las investigaciones y el desarrollo de nuevos agentes antimicrobianos.

En la Región de las Américas, como en el resto del mundo, las causas de resistencia a los antimicrobianos representan una amenaza importante y creciente para la salud pública. Por ejemplo, las bacterias resistentes a los antibióticos causan hasta 60% de las infecciones nosocomiales en los Estados Unidos. Los factores principales que contribuyen a la aparición de la resistencia a los antimicrobianos son los mismos en esta Región que en cualquier otro sitio del mundo. La OPS está colaborando con destacadas instituciones de investigación en la Región y otros aliados, como las asociaciones profesionales y la industria farmacéutica, para evaluar el nivel de la resistencia a los antimicrobianos y vigilar los cambios. Las actividades actuales se centran en las infecciones por salmonela, shigela y *Vibrio cholerae* en ocho países de América Latina y seis del Caribe. El proyecto mejorará la capacidad de laboratorio y la infraestructura epidemiológica y conducirá a la aplicación de las medidas que se solicitan en la resolución. La OPS, la División de Vigilancia y Control de Enfermedades Emergentes y otras Enfermedades Transmisibles (EMC) de la OMS, el Ministerio de Salud de Venezuela y la Sociedad Panamericana de Infectología copatrocinarán la Conferencia Panamericana sobre Monitoreo de la Resistencia a los Antibióticos, a celebrarse en Venezuela en 1998. Se espera que de la conferencia emane un buen plan de actividades para los próximos cinco años, a fin de fortalecer la vigilancia y promover la formulación de políticas.

2.9 Prevención y control de enfermedades no transmisibles (resolución WHA51.18)

Observando que las enfermedades no transmisibles ya representan una carga considerable para los servicios de salud pública, consciente de los principales factores de riesgo comportamentales y ambientales, y reconociendo la importancia y la necesidad continua de una acción y cooperación internacional amplia, la Asamblea de la Salud aprueba el marco propuesto para la prevención y el control integrado de las enfermedades no transmisibles e insta a los Estados Miembros a que colaboren con la OMS en la elaboración de una estrategia mundial basada en las prácticas óptimas y en la investigación operativa, para reducir los principales factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles crónicas, vigilar los datos científicos y apoyar las investigaciones en un amplio espectro de esferas conexas, y desplegar un esfuerzo concertado contra el consumo de tabaco. Además, pide al Director General que elabore una estrategia mundial; vele por el establecimiento de un mecanismo de gestión eficaz para la colaboración y el apoyo técnico; solicite el apoyo de organizaciones no gubernamentales y de otros organismos internacionales, y estimule la colaboración con el sector privado.

El Comité Ejecutivo de la OPS abordó este tema con detalles en su 120.^a sesión, celebrada en 1997. Actualmente, las enfermedades no transmisibles representan casi la mitad de toda la morbilidad y mortalidad en el mundo, y la cifra correspondiente se acerca a 60% en América Latina y el Caribe. La OPS apoya decididamente el enfoque propugnado en la resolución, especialmente la elaboración de programas integrados para combatir las enfermedades no transmisibles, como se refleja en la red del proyecto CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles). Esto es especialmente válido para las enfermedades que tienen factores de riesgo comunes, como son las cardiopatías, el accidente cerebrovascular y la diabetes. En varios países, el cáncer cervicouterino es una prioridad que no puede integrarse de inmediato en otros programas. Sin

embargo, es aconsejable que con el tiempo llegue a formar parte de los programas integrales de enfermedades no transmisibles. Por consiguiente, la OPS apoya un plan de acción mundial que permita aumentar la capacidad dentro de la OMS y emprender proyectos de demostración mundiales y regionales basados en métodos de utilidad demostrada e incluyendo la participación del sector privado siempre que sea factible.

2.10 Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo (resolución WHA51.24)

Recordando los objetivos del Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo reconocidos en resoluciones anteriores, así como la resolución 50157 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, y reconociendo con satisfacción los progresos realizados en la iniciativa para la salud de las poblaciones indígenas de América, la Asamblea de la Salud insta a los Estados Miembros a que formulen y ejecuten planes de acción o programas nacionales sobre la salud de estas poblaciones. Pide asimismo al Director General que promueva la inclusión de la salud indígena en el programa de trabajo de la OMS a todos los niveles; que informe anualmente a la Asamblea Mundial de la Salud; mejore y aumente la cooperación entre la OMS y los Estados Miembros; estimule la representación de los agentes de salud de origen indígena en la labor de la OMS; y que promueva la preservación de los conocimientos de las prácticas curativas y la medicina tradicionales en los programas destinados a las poblaciones indígenas.

En la Región de las Américas hay más de 43 millones de indígenas. Después del examen inicial del tema por el Subcomité de Planificación y Programación en 1992, se celebró un taller de consulta en Winnipeg (Canadá), en 1993, y el 37.º Consejo Directivo aprobó la Iniciativa sobre Salud de los Pueblos Indígenas en el mismo año. Las recomendaciones de la reunión de Winnipeg y la resolución del Consejo Directivo establecieron cinco principios: la necesidad de un enfoque holístico a la salud, el derecho a la autodeterminación, el derecho a la participación sistemática, la revitalización de la cultura indígena y el respeto por ella, y la reciprocidad en las relaciones. En su 120.ª sesión, en junio de 1997, el Comité Ejecutivo examinó los progresos logrados, y el 40.º Consejo Directivo aprobó una resolución en la que consideraba las inequidades como barreras para la asistencia y afirmaba el compromiso de la Organización con las metas del Decenio de las Poblaciones Indígenas del Mundo. En una reunión de representantes de pueblos indígenas, organismos gubernamentales, organismos internacionales de cooperación, centros colaboradores de la OMS y otros asociados de la OPS y la OMS, celebrada del 15 al 17 de diciembre de 1997, se definieron las orientaciones estratégicas para la ejecución de la Iniciativa sobre Salud de los Pueblos Indígenas durante el siguiente cuatrienio. A la fecha, la labor se ha concentrado en cinco esferas: formación de capacidad y forja de alianzas; colaboración con los Estados Miembros para ejecutar los procesos y programas locales y nacionales; proyectos en áreas programáticas prioritarias; fortalecimiento de los sistemas de salud tradicionales; y difusión de información científica, técnica y pública.

2.11 Asuntos ambientales: Estrategia de saneamiento para comunidades de alto riesgo (resolución WHA51.28)

Consciente de la difícil situación de las comunidades rurales y urbanas que viven en condiciones de extrema insalubridad; preocupada por el vasto y creciente número de personas de todo el mundo que carecen de saneamiento; teniendo en cuenta resoluciones anteriores sobre el tema, y recordando que el Consejo Ejecutivo estableció que la higiene del medio es uno de los sectores prioritarios para la OMS, la Asamblea de la Salud hace suya la estrategia de saneamiento para comunidades de alto riesgo e insta a los Estados Miembros a que reorienten y fortalezcan sus programas de saneamiento para identificar las comunidades de alto riesgo, realizar estudios sobre tecnologías apropiadas, superar los obstáculos al saneamiento y movilizar y hacer participar a las comunidades en la planificación y puesta en marcha de sus sistemas de saneamiento. También exhorta a los Estados Miembros a que otorguen mayor prioridad al saneamiento con el fin de integrarlo en los programas de desarrollo relacionados, estimular la voluntad y el compromiso políticos, e incluir el saneamiento en la preparación de los planes de acción nacionales. Además de exhortar a las Naciones Unidas y a otras organizaciones internacionales a dar prioridad al saneamiento, pide al Director General que ayude a los Estados Miembros; propugne el reconocimiento de los grupos de alto riesgo; apoye la investigación aplicada sobre las técnicas de saneamiento apropiadas; apoye la capacitación de agentes de extensión; integre el saneamiento en distintas iniciativas; convoque una reunión consultiva de expertos; y refuerce la coordinación interna y la cooperación con otras organizaciones de las Naciones Unidas.

Las comunidades de alto riesgo en las Américas se encuentran en las zonas rurales, que tienen una cobertura de saneamiento de apenas 40%, y en las zonas periurbanas en crecimiento; incluyen asimismo las poblaciones indígenas, que tradicionalmente han sido descuidadas. En las reuniones cumbres efectuadas en Santa Cruz (Bolivia), en 1996, y en Santiago (Chile), en 1998, los jefes de Estado de la Región hicieron recomendaciones específicas sobre la promoción del saneamiento en las Américas como una prioridad y le dieron a la OPS un mandato específico para el mejoramiento del sector. Además de las actividades recomendadas en la resolución, la OPS se concentra en los escolares, el desarrollo de formas innovadoras de movilizar los recursos para el saneamiento, y la colaboración con autoridades y organizaciones no gubernamentales locales para lograr una mejor comprensión de los aspectos culturales del saneamiento. La OPS también está colaborando estrechamente con el UNICEF, centros colaboradores de la OMS y otros aliados.

2.12 Protección de la salud humana contra las amenazas relacionadas con el cambio climático y el agotamiento del ozono estratosférico (resolución WHA51.29)

Recordando resoluciones anteriores relativas a la ratificación de la estrategia mundial de la OMS de la salud y medio ambiente, en cabal cumplimiento del Programa 21 aprobado por la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo en 1992; consciente de que cada vez más pruebas científicas indican que el incremento constante de los

gases atmosféricos de efecto invernadero puede afectar seriamente al clima mundial, con graves consecuencias para la salud humana y el medio ambiente; y consciente de la grave amenaza que supone para el medio ambiente y la salud el agotamiento del ozono de la estratosfera terrestre, la Asamblea de la Salud aprueba la participación de la OMS en la “Agenda del clima” establecida por la OMM (Organización Meteorológica Mundial), el PNUMA (Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente), la UNESCO, la FAO y el Consejo Internacional de Uniones Científicas. Además, insta a los Estados Miembros a que consideren las amenazas para la salud humana que puede plantear el cambio climático; examinen nuevos enfoques para afrontar estas amenazas; aumenten la sensibilización del público, y fomenten las investigaciones aplicadas. Pide al Director General que siga desarrollando las relaciones de la OMS con la OMM y otras organizaciones apropiadas del sistema de las Naciones Unidas; acopie y examine información epidemiológica sobre los riesgos para la salud humana relacionados con el clima y con el agotamiento del ozono estratosférico; evalúe las necesidades de investigación; y consiga los recursos humanos y financieros necesarios para estas actividades.

La OPS comparte las inquietudes y apoya las medidas propugnadas en la resolución. Los objetivos de la “Agenda del clima” son paralelos al enfoque de la OPS, especialmente en lo que se refiere a las ciudades sanas, el control de las enfermedades infecciosas y la reducción de cambios ambientales como la deforestación, la desertificación, la contaminación transfronteriza del aire, la contaminación del agua y la pérdida de la diversidad biológica, todos los cuales pueden afectar directamente a la salud humana. Aun más, la OPS y sus Estados Miembros se beneficiarían de una investigación más a fondo del fenómeno de El Niño, que no se menciona en la resolución. El Comité Ejecutivo, en su 122.^a sesión, tiene previsto examinar las repercusiones sanitarias de dicho fenómeno (véase el documento CE122/10).

3. Asuntos administrativos y financieros

3.1 Revisión de la Constitución y arreglos regionales de la Organización Mundial de la Salud: Asignaciones del presupuesto ordinario a las regiones (resolución WHA51.31)

Observando que las asignaciones del presupuesto ordinario a las regiones no se han basado en criterios objetivos sino más bien en la historia y en la práctica seguida anteriormente y, en consecuencia, la cuota percibida por cada región apenas ha cambiado desde los inicios de la Organización, la Asamblea de la Salud pide al Director General que, al preparar los futuros presupuestos por programas, tenga en cuenta los debates habidos sobre este asunto en la 51.^a Asamblea Mundial y recomienda la adopción del modelo propuesto por el Consejo Ejecutivo en su 101.^a reunión, con la condición que se aplique gradualmente de forma que la reducción para cualquier región no rebase el 3% por año y se extienda a lo largo de un período de tres bienios. Pide asimismo al Director General que vele por que se garantice a todos los países menos adelantados durante el bienio 2000-2001 que su asignación con cargo al presupuesto ordinario no sea inferior a la asignación con cargo al presupuesto de 1998-1999, utilizando la transferencia del 2% desde las actividades mundiales e interregionales; permita que las regiones, en el marco de la Constitución, determinen por sí mismas el reparto entre los presupuestos de país, interpaíses y de las oficinas regionales; siga y evalúe de cerca el funcionamiento y las repercusiones de este nuevo proceso; e informe al Consejo Ejecutivo en su 103.^a reunión y a la

52.^a Asamblea Mundial de la Salud sobre los pormenores del modelo y del uso de las asignaciones extrapresupuestarias.

La secretaría de AMRO ha calculado que la aplicación de la resolución WHA51.31 dará lugar a una reducción del presupuesto asignado a la Región de las Américas, que pasará de \$82.686.000 en el bienio actual a \$68.875.000 a fines del bienio 2006-2007, o sea, un monto de \$13.811.000 (16,7%).

4. Otros asuntos

4.1 *Política de salud para todos para el siglo XXI (resolución WHA51.7)*

Reconociendo el informe titulado “La salud para todos en el siglo XXI” (documento A515) como marco para la elaboración de la futura política, la Asamblea de la Salud adopta la Declaración Mundial de la Salud, que se anexa a la resolución WHA51.7. En la Declaración, los Estados Miembros reafirman su adhesión al principio de que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, y se adhieren a los conceptos éticos de equidad, solidaridad y justicia social. También renuevan su determinación de reformar, según proceda, sus sistemas de salud, incluidas las funciones y los servicios esenciales de salud pública, a fin de garantizar el acceso de todos a unos servicios de salud de buena calidad. Por último, reconocen que las naciones, comunidades, familias e individuos son interdependientes, y que, como comunidad de naciones, actuaremos juntos para afrontar las amenazas comunes para la salud.

La OPS ha participado durante un período de dos años y medio en la renovación del compromiso con la meta de salud para todos y ha contribuido a la preparación de la nueva política mundial de salud para todos. Las orientaciones estratégicas y programáticas de la Oficina Sanitaria Panamericana para 1999-2001 que se han propuesto brindan el marco de política para la cooperación técnica de la OPS como parte de dicha renovación. El documento mencionado al principio de la resolución establece las prioridades y metas mundiales para los dos primeros decenios del siglo XXI. En la política se afirma que los valores claves para la realización de las metas de salud para todos son: la salud como un derecho fundamental; el fortalecimiento de la aplicación de la ética a las políticas, la investigación y los servicios de salud; políticas y estrategias orientadas al logro de la equidad; la solidaridad; y una perspectiva de género en materia de salud. Los objetivos de la salud para todos son: lograr un aumento de la esperanza de vida y de la calidad de la vida para todos; mejorar la equidad en materia de salud en cada país y entre los países; y garantizar el acceso de todos a sistemas y servicios de salud sostenibles. El documento incluye diez metas mundiales y en él se establece que, basándose en la atención primaria de salud, se crearán sistemas de salud sostenibles que garantizarán el acceso equitativo a las funciones esenciales de salud. Para traducir la política en hechos, se requieren liderazgo dinámico, participación y apoyo del público, finalidades esenciales y recursos suficientes.

4.2 Repercusiones éticas, científicas y sociales de la clonación en la salud humana (resolución WHA51.10)

Recordando la resolución WHA50.37 y declaraciones afines de la UNESCO y el Consejo de Europa, la Asamblea de la Salud reafirma que la clonación aplicada a la replicación de individuos es éticamente inadmisibles y contraria a la dignidad y la integridad humanas. Insta a los Estados Miembros a estimular un debate constante y fundamentado sobre estas cuestiones y pide al Director General que establezca un grupo con el fin de aclarar conceptos y elaborar directrices sobre el uso de la clonación con fines no reproductivos; siga vigilando las repercusiones éticas, científicas, sociales y legales del uso de la clonación en la salud humana; y vele por que se mantenga informados a los Estados Miembros.

En las sesiones del Comité Ejecutivo y el Consejo Directivo efectuadas en 1997, la OPS expresó su respaldo y adhesión a los términos de la resolución WHA50.37. La OPS afirma su acuerdo y compromiso con la resolución WHA51.10.

4.3 Promoción de la cooperación técnica horizontal en la reforma del sector sanitario en los países en desarrollo (resolución WHA51.16)

Habida cuenta de los principios de la cooperación técnica entre los países en desarrollo y de su necesidad evidente; teniendo en cuenta las resoluciones anteriores sobre este tema; y subrayando los principios y objetivos de las Naciones Unidas, enunciados en la Carta de las Naciones Unidas, la Asamblea de la Salud reafirma su compromiso de proseguir sus esfuerzos con miras al logro de sistemas de atención sanitaria equitativos, asequibles, accesibles y sostenibles en todos los Estados Miembros. Insta a los Estados Miembros a que continúen desarrollando sistemas de salud acordes con los principios de la autorresponsabilidad, la libre determinación y el derecho soberano de cada país, y exhorta a los países desarrollados a que continúen facilitando la transferencia de tecnología y de recursos y a que sigan proporcionando a la OMS los recursos financieros necesarios. Pide al Director General que ayude a los Estados Miembros a prestar mayor atención a las necesidades de salud de sus habitantes más pobres; vele por que la Organización defienda y promueva el papel primordial del desarrollo sanitario; mantenga el apoyo prestado a los países del Movimiento de los Países No Alineados y a otros países en desarrollo; y vele por que haya una amplia consulta con dichos países en todos los aspectos de la reforma organizativa de la Organización Mundial de la Salud.

El documento titulado “Cooperación técnica entre países: panamericanismo en el siglo XXI” (documento CE122/9), se presenta al Comité Ejecutivo para su consideración. La Oficina del Subdirector en la OPS es el punto focal de la cooperación técnica entre países (CTP). Se han reservado recursos financieros para la CTP, y el historial de los proyectos aprobados revela un aumento en la utilización de este mecanismo para la cooperación técnica. La OPS también ha apoyado iniciativas subregionales y ha propuesto a la Organización de los Estados Americanos y el PNUD un enfoque común entre los organismos en favor de la CTP.

4.4 Colaboración dentro del sistema de las Naciones Unidas y con otras organizaciones intergubernamentales: Salud de los niños y los adolescentes (resolución WHA51.22)

Guiada por las distintas declaraciones, convenios y convenciones internacionales sobre el particular; reafirmando las resoluciones y compromisos pertinentes adoptados por la Cumbre Mundial en favor de la Infancia (1990) y otras conferencias internacionales; reconociendo los considerables progresos realizados; y subrayando la necesidad de una perspectiva atenta a la paridad entre los sexos, la Asamblea de la Salud pide al Director General que conceda alta prioridad al mejoramiento de la salud del niño y el adolescente; contribuya a los esfuerzos colectivos de la comunidad internacional, y fortalezca aún más la cooperación de la OMS con el Comité de los Derechos del Niño. Exhorta a todos los Estados Miembros a que adopten todas las medidas apropiadas para proseguir la plena realización del derecho del niño y el adolescente al grado máximo de salud que se pueda lograr y al acceso a los servicios de salud; y hace un llamamiento a los Estados Partes en la Convención sobre los Derechos del Niño para que faciliten información sobre la salud y los servicios sanitarios.

Durante muchos años, la OPS ha mantenido un compromiso firme con la salud del niño y el adolescente, en consonancia con la Convención sobre los Derechos del Niño y los compromisos adoptados por la Cumbre Mundial en favor de la Infancia. En 1997, el Comité Ejecutivo y el Consejo Directivo consideraron en detalle el Programa Regional sobre Salud de los Adolescentes. La OPS ha desplegado actividades en favor de la salud del niño y el adolescente en colaboración con otras organizaciones de las Naciones Unidas y del sistema interamericano.

4.5 *Modificación de los artículos 24 y 25 de la Constitución (resolución WHA51.23)*

La Asamblea de la Salud adopta las modificaciones a los artículos 24 y 25 de la Constitución para que el Consejo Ejecutivo quede integrado por 34 personas, designadas por igual número de Miembros. Como se prevé que no aumentará el número de Miembros de la Región de las Américas (actualmente son seis) facultados para designar personas que formen parte del Consejo, estas modificaciones afectarán solo indirectamente a la representación de la Región de las Américas en el Consejo Ejecutivo.

4.6 *Revisión de la Constitución y arreglos regionales de la Organización Mundial de la Salud: Condición de los miembros del Consejo Ejecutivo: Aclaración de la interpretación del Artículo 24 de la Constitución de la OMS (resolución WHA51.26)*

La Asamblea de la Salud decide que los Estados Miembros que tengan derecho para designar un representante en el Consejo Ejecutivo lo designen como representante del gobierno, escogiendo a una persona técnicamente capacitada en el campo de la salud. La resolución viene a aclarar una situación que ha sido una realidad del Consejo Ejecutivo durante muchos años.

4.7 Composición del Consejo Ejecutivo

La Asamblea de la Salud eligió 12 Estados Miembros que pueden designar, cada uno, a un representante en el Consejo Ejecutivo de la OMS. De la Región de las Américas, fueron elegidos Chile, Estados Unidos de América y Trinidad y Tabago para reemplazar a Argentina, Barbados y Brasil, por haber llegado a su fin el mandato de estos. Las personas designadas por los países recién elegidos se unieron a los representantes del Canadá, Honduras y Perú y pasaron a ser miembros del Consejo inmediatamente después del fin de la Asamblea de la Salud.

4.8 102.^a reunión del Consejo Ejecutivo. Modificación del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo: mandato de los Directores Regionales (resolución EB102.R1)

Inmediatamente después de finalizada la Asamblea Mundial de la Salud, el Consejo Ejecutivo, en su 102.^a reunión, consideró el informe del Grupo Especial para la Revisión de la Constitución de la OMS (documento EB1025), donde se propone que el mandato de los Directores Regionales sea de cinco años, renovable una vez, pero considerando que dicha norma no debía aplicarse a los actuales titulares. El Consejo observó que la aplicación de tal norma al Director Regional para las Américas requeriría, *entre otras cosas*, modificar la Constitución de la OPS, teniendo en cuenta el Artículo 54 de la Constitución de la OMS, relativo a la integración de la OMS y la OPS. La resolución aprobada por el Consejo modifica el Artículo 48 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo para incluir este enunciado: “A reserva de lo dispuesto en el Artículo 54 de la Constitución, el nombramiento de los Directores Regionales tendrá una duración de cinco años y sólo podrá renovarse una vez”. En la resolución se pide al Director Regional para las Américas que señale esa modificación a la atención del órgano directivo apropiado de la OPS con miras a examinar la posibilidad de modificar su Constitución y a adoptar cualquier otra medida que se estime necesaria, a fin de establecer para el nombramiento del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana las mismas normas que establece la resolución.

Después de examen y consulta cuidadosos, la secretaría de AMRO sostiene la firme opinión de que lo dispuesto en el Artículo 54 de la Constitución de la OMS se ha ejecutado plenamente, o sea, que la OPS y la OMS están plenamente integradas desde el punto de vista funcional en la Región de las Américas. La Constitución de la OPS determina que el Director de la OPS, que actúa como Director Regional para las Américas, ocupará el cargo por cuatro años. Cualquier cambio en este sentido exigiría una modificación de la Constitución de la OPS, según lo dispone el Artículo 28 de esta.

4.9 102.^a Reunión del Consejo Ejecutivo. Estrategia revisada en materia de medicamentos (decisión EB102 (14))

Tras un debate largo y difícil de la estrategia revisada en materia de medicamentos, propuesta en el documento A516 y en la resolución EB101.R24 del Consejo Ejecutivo, la Asamblea de la salud decidió que el Consejo Ejecutivo volviese a examinar este tema. En su

102.^a reunión, el Consejo decidió a su vez establecer un grupo *ad hoc* de composición abierta que se reunirá en Ginebra y en el que podrán participar todos los Estados Miembros. Posteriormente, se formará un subgrupo con dos Estados Miembros de cada Región, de los cuales al menos uno será miembro del Consejo Ejecutivo. Se pedirá a los Comités Regionales que aborden el asunto más adelante este mismo año, y que en ese momento nombren a sus representantes para integrar el subgrupo.

El Comité Ejecutivo tal vez quiera considerar si los temas que abarca la estrategia revisada en materia de medicamentos deben ser considerados por la Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre de 1998, incluida la selección de los Estados Miembros que participarían en el subgrupo. Se prevé que la Secretaría de la OMS habrá preparado la documentación necesaria antes de la Conferencia.

Anexos

¹ Que comprende la corrección quirúrgica de la triquiasis, el uso de antibióticos, la higiene facial y mejoras ambientales.

² Sigla y nombre con que se conoce en la Región de las Américas la misma estrategia que en la resolución WHA51.13 se denomina DOT (tratamiento breve bajo observación directa).