



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



126.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., 26 al 30 de junio de 2000

CE126/FR (Esp.)

29 junio 2000

ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLÉS

INFORME FINAL

CONTENIDO*Página*

| | |
|---|-----------|
| Apertura de la sesión | 5 |
| Asuntos relativos al Reglamento | 5 |
| Mesa Directiva | 5 |
| Adopción del orden del día y del programa de reuniones..... | 6 |
| Representación del Comité Ejecutivo en el 42.º Consejo Directivo, 52.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas..... | 6 |
| Orden del día provisional del 42.º Consejo Directivo, 52.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas | 6 |
| Asuntos relativos a los comités | 7 |
| Informe del Subcomité de Planificación y Programación y examen del funcionamiento del Subcomité..... | 7 |
| Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2000..... | 8 |
| Informe del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales | 8 |
| Asuntos relativos a la política de los programas | 10 |
| Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el ejercicio económico 2002-2003 | 10 |
| Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas..... | 12 |
| Vacunas e inmunización | 16 |
| Evaluación del Programa Regional de Bioética..... | 19 |
| Inocuidad de los alimentos | 23 |
| Enfermedades cardiovasculares: la hipertensión arterial..... | 26 |
| Equipos y dispositivos médicos | 29 |
| Armonización de la reglamentación farmacéutica..... | 33 |
| Salud de la niñez..... | 35 |
| Funciones esenciales de salud pública | 38 |
| Paludismo..... | 41 |
| Agenda compartida de la OPS/BID/Banco Mundial en pro de la salud | |

| | |
|--|----|
| en las Américas | 44 |
| Centenario de la Organización Panamericana de la Salud | 46 |

CONTENIDO (cont.)

| | <i>Página</i> |
|---|---------------|
| Asuntos administrativos y financieros | 48 |
| Informe sobre la recaudación de las cuotas..... | 48 |
| Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo para 1998-1999..... | 49 |
| Informe del Auditor Externo sobre la planificación estratégica, el seguimiento y la evaluación en la OPS..... | 50 |
| Edificios e instalaciones de la OPS | 54 |
| Asuntos de personal | 55 |
| Modificaciones del Reglamento del Personal de la OSP..... | 55 |
| Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OSP | 56 |
| Asuntos de información general | 58 |
| Resoluciones y otras acciones de la 53. ^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS..... | 58 |
| Otros asuntos | 61 |
| Clausura de la sesión | 61 |
| Resoluciones y decisiones | 62 |
| Resoluciones | 62 |
| CE126.R1: Recaudación de las cuotas..... | 62 |
| CE126.R2: Edificios e instalaciones de la OPS..... | 63 |
| CE126.R3: Función del Subcomité de Planificación y Programación..... | 64 |
| CE126.R4: Vacunas e inmunización..... | 65 |
| CE126.R5: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas..... | 67 |

| | |
|--|----|
| CE126.R6: Evaluación del Programa Regional de Bioética..... | 68 |
| CE126.R7: Protección de los alimentos | 70 |
| CE126.R8: Equipos y dispositivos médicos | 72 |
| CE126.R9: Armonización de la reglamentación farmacéutica..... | 73 |
| CE126.R10: Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo para 1998-1999 | 76 |

CONTENIDO (cont.)

Página

Resoluciones (cont.)

| | |
|---|----|
| CE126.R11: Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el ejercicio económico 2002-2003..... | 76 |
| CE126.R12: Modificaciones del Reglamento del Personal de la OSP..... | 77 |
| CE126.R13: Orden del día provisional del 42.º Consejo Directivo de la OPS, 52.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas..... | 78 |
| CE126.R14: Premio OPS en Administración, 2000 | 79 |
| CE126.R15: Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS | 80 |
| CE126.R16: Enfermedades cardiovasculares, en especial la hipertensión arterial..... | 81 |
| CE126.R17: Salud de la niñez..... | 83 |
| CE126.R18: Funciones esenciales de salud pública..... | 85 |
| CE126.R19: <i>Hacer retroceder el paludismo</i> en la Región de las Américas | 87 |

Decisiones

| | |
|---|----|
| CE126(D1): Adopción del orden del día..... | 88 |
| CE126(D2): Representación del Comité Ejecutivo en el 42.º Consejo Directivo de la OPS, 52.ª sesión del Comité Regional para las Américas..... | 89 |
| CE126(D3): Informe del Subcomité de Planificación y Programación. | 89 |
| CE126(D4): Nombramiento de Guyana para formar parte del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales por ausencia de Antigua y Barbuda..... | 89 |
| CE126(D5): Centenario de la Organización Panamericana de la Salud | 89 |
| CE126(D6): Agenda compartida de la OPS/BID/Banco Mundial en pro de la salud en las Américas..... | 90 |

| | |
|---|----|
| CE126(D7): Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OSP | 90 |
| CE126(D8): Resoluciones y otras acciones de la 53. ^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS | 90 |

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

INFORME FINAL

Apertura de la sesión

La 126.^a sesión del Comité Ejecutivo se celebró en la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) del 26 al 29 de junio de 2000. La sesión contó con la asistencia de los delegados de los siguientes ocho Miembros del Comité Ejecutivo: Bolivia, Canadá, Cuba, Ecuador, Estados Unidos de América, Guyana, México y Nicaragua. El delegado de Antigua y Barbuda, el noveno Miembro del Comité, no pudo asistir. Estuvieron presentes en calidad de observadores los representantes de los siguientes Estados Miembros de la Organización: Costa Rica, Francia, Perú y Uruguay. Además, estuvieron representadas cuatro organizaciones intergubernamentales y seis organizaciones no gubernamentales.

El Dr. Carlos Dotres Martínez (Cuba, Presidente del Comité Ejecutivo) inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes. Sir George Alleyne (Director, Oficina Sanitaria Panamericana) pronunció también algunas palabras de bienvenida y recalcó la importancia de las reuniones de los Cuerpos Directivos en la vida de la Organización. Agregó que estaba seguro de que la semana brindaría muchas oportunidades para el diálogo productivo y el intercambio de opiniones que beneficiarían tanto a la OPS como a sus Estados Miembros.

Asuntos relativos al Reglamento

Mesa Directiva

Los Miembros que habían sido elegidos para desempeñar un cargo en la 125.^a sesión del Comité siguieron desempeñándolo en la 126.^a sesión. En consecuencia, la Mesa Directiva quedó integrada de la siguiente forma:

| | | |
|-------------------------|---------------------------|------------------------------|
| <i>Presidencia:</i> | Cuba | (Dr. Carlos Dotres Martínez) |
| <i>Vicepresidencia:</i> | México | (Sr. Eduardo Jaramillo) |
| <i>Relatoría:</i> | Estados Unidos de América | (Sra. Mary Lou Valdez) |

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

Adopción del orden del día y del programa de reuniones (documentos CE126/I, Rev. 1, y CE126/WP/1)

En conformidad con el Artículo 9 del Reglamento Interno, el Comité adoptó el orden del día provisional preparado por la Oficina. El Comité también adoptó el programa de reuniones (decisión CE126[D1]).

Representación del Comité Ejecutivo en el 42.º Consejo Directivo, 52.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE126/3)

En conformidad con el Artículo 54 del Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo designó a Cuba y a México, titulares de la Presidencia y la Vicepresidencia, respectivamente, para representar al Comité en el 42.º Consejo Directivo. Se designó a Bolivia y a los Estados Unidos de América como suplentes de Cuba y de México, respectivamente (decisión CE126[D2]).

Orden del día provisional del 42.º Consejo Directivo, 52.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE126/4)

El Dr. David Brandling-Bennett (Director Adjunto, OSP) presentó el orden del día provisional preparado por el Director en conformidad con el Artículo 12.C de la Constitución de la OPS y el Artículo 7 del Reglamento Interno del Consejo Directivo. Se sugirió que el informe del Auditor Externo sobre el sistema de planificación, programación, seguimiento y evaluación (AMPES) utilizado por la OPS se incluyera en el orden del día como uno de los puntos agrupados bajo el título “Asuntos Administrativos y Financieros”. El Comité aceptó ese cambio.

A petición de uno de los delegados, el Director explicó que el punto 4.2, “La situación sanitaria y sus tendencias en las Américas”, sería un examen intermedio de la situación sanitaria y las tendencias de salud en los países de la Región. El tema se analizaría mucho más a fondo en la 26.ª Conferencia Sanitaria Panamericana en 2002, cuando se presentaría la publicación cuadrienal *La salud en las Américas*. Entre los temas que se tratarían en el punto 4.2 figurarían los nuevos métodos para medir las tendencias sanitarias en las Américas y los nuevos enfoques para establecer prioridades de salud en los países, basados en esas tendencias.

El Comité aprobó la resolución CE126.R13, por la cual adoptó el orden del día provisional, con la modificación propuesta.

Asuntos relativos a los comités

Informe del Subcomité de Planificación y Programación y examen del funcionamiento del Subcomité (documento CE126/5)

El informe sobre la 33.^a y la 34.^a sesiones del Subcomité de Planificación y Programación fue presentado por el Dr. Bayardo García, en representación del Gobierno del Ecuador, que ocupó la Presidencia del Subcomité en la 33.^a sesión. En esas dos sesiones, el Subcomité trató siete puntos que también se encontraban en el orden del día de la 126.^a sesión del Comité Ejecutivo, a saber: enfermedades cardiovasculares, en especial la hipertensión; protección de los alimentos; dispositivos médicos; armonización de la reglamentación farmacéutica; salud de la niñez; funcionamiento del Subcomité de Planificación y Programación; y edificios e instalaciones de la OPS. Las observaciones y recomendaciones del Subcomité sobre dichos temas se tuvieron en cuenta al revisar los documentos para el Comité Ejecutivo y se reflejan en las ponencias y el debate de los respectivos puntos del orden del día en el presente informe.

El Subcomité también consideró los siguientes temas, que no se remitieron al Comité Ejecutivo: Biblioteca Virtual en Salud; participación de la OPS en la reforma de las Naciones Unidas en los Estados Miembros; salud materna; política sobre el presupuesto por programas de la OPS; el significado del panamericanismo para la OPS; perspectivas para la colaboración de la OPS con organizaciones no gubernamentales; y la tecnología de la información en la OPS. Los resúmenes de las ponencias y los debates sobre todos los temas antedichos pueden encontrarse en los informes finales de la 33.^a y la 34.^a sesiones del Subcomité (documentos SPP33/FR y SPP34/FR).

En el debate que siguió a la presentación del informe del Dr. García, se señaló que en el punto que resumía el debate sobre el propósito y el funcionamiento del Subcomité no se había incluido una propuesta para llevar a la práctica las sugerencias y las recomendaciones del Subcomité. El Director dijo que no había tenido la impresión de que el Comité Ejecutivo consideraba necesario presentar una propuesta formal. La Oficina había procedido a poner en práctica algunas de las recomendaciones durante la 34.^a sesión del Subcomité; por ejemplo, se había invitado a países que rara vez o nunca habían participado en las reuniones del Subcomité, así como a representantes de varias organizaciones no gubernamentales (ONG) con experiencia y conocimientos técnicos en algunos de los temas que se tratarían. Además, se había invitado a especialistas de los países a que prepararan y presentaran documentos sobre ciertos puntos del orden del día. Otros cambios propuestos —en particular, la sugerencia de que las sesiones del SPP se celebraran ocasionalmente en un

Estado Miembro y no en la sede de OPS— se había sometido a consideración dentro de la Oficina y en consultas oficiosas con los países y se había llegado a la conclusión de que esto no era factible. En consecuencia, probablemente no era necesario presentar una propuesta formal, aunque ciertos cambios requerirían ratificación por el Comité Ejecutivo. En particular, el Comité debía decidir si el Subcomité seguiría celebrando dos sesiones por año o si se reuniría solo una vez, posiblemente en una sesión más larga, según recomendaba el Subcomité.

El Comité Ejecutivo estuvo de acuerdo en que el Subcomité debía celebrar un período ordinario de sesiones una vez al año, pero que habría sesiones extraordinarias si el Comité o el Director las consideraban necesarias. En consecuencia, el Comité aprobó la resolución CE126.R3, que modificaba las atribuciones del Subcomité. El Comité también autorizó a la Oficina para introducir diversos cambios de redacción en las atribuciones del Subcomité con miras a que la terminología fuese congruente con la que se utiliza en las atribuciones de los otros Cuerpos Directivos de la Organización (decisión CE126[D3]).

Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2000 (documentos CE126/6, Rev.1, y CE126/6, Add. I)

La Sra. Mariángeles Argüello (Nicaragua) informó que los representantes de los Miembros del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2000—Cuba, Estados Unidos de América y Nicaragua— se habían reunido el 28 de junio. Después de haber considerado cuidadosamente los méritos de los candidatos, habían decidido otorgar el premio al Dr. Roberto Fuentes García, de Chile, por su larga y fructífera trayectoria en el campo de la administración de la salud pública, especialmente en la gestión eficiente, la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios, y por su importante contribución a la bibliografía nacional e internacional sobre estos temas.

El Comité aprobó la resolución CE126.R14.

Informe del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales (documentos CE126/7 y CE126/7, Add. I)

El Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales estaba compuesto por Antigua y Barbuda, Ecuador y Nicaragua; sin embargo, en vista de que Antigua y Barbuda no estaba representado en la sesión del Comité Ejecutivo, el Comité nombró a Guyana para reemplazarlo (decisión CE126[D4]).

El Dr. Bayardo García (Ecuador) informó que el Comité Permanente había examinado la solicitud de la Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas (ALIFAR) de iniciar relaciones oficiales con la OPS. Después del examen cuidadoso de la documentación de antecedentes presentada, el Comité Permanente recomendó que el Comité Ejecutivo autorizara el establecimiento de relaciones oficiales entre la OPS y ALIFAR.

El Comité Permanente también analizó la información, presentada por el Director y por las ONG mismas, de seis ONG interamericanas para determinar si la OPS debía continuar sus relaciones oficiales con esas organizaciones. El Comité Permanente recomendó que el Comité Ejecutivo autorizara la continuación de las relaciones oficiales durante un período de cuatro años con el Colegio Interamericano de Radiología, la Federación Latinoamericana de Hospitales, la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina y la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería. Aduciendo falta de continuidad y fallas en las relaciones de trabajo de otras dos ONG —la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica (COLABIOCLI) y la Unión Latinoamericana contra las Enfermedades de Transmisión Sexual (ULACETS)— con la OPS, el Comité Permanente recomendó que el Comité Ejecutivo autorizara la continuación de las relaciones oficiales entre la OPS y esas dos ONG por dos años más. Después de transcurrido ese lapso, el Comité Permanente procedería nuevamente a examinar si era conveniente mantener las relaciones oficiales con dichas ONG.

Además, el Comité Permanente había examinado las modificaciones propuestas al documento *Principios que rigen las relaciones entre la Organización Panamericana de la Salud y las organizaciones no gubernamentales*. Apoyó las modificaciones, que consistían en cambios en la redacción destinados a aclarar las disposiciones del texto y dos cambios de fondo. Uno de estos cambios reducía de seis a cuatro años el período entre los exámenes de las ONG que mantienen relaciones oficiales con la OPS. El otro permitía a la OPS o a la ONG poner término a las relaciones oficiales, siempre que la otra parte fuera notificada por escrito y que la decisión fuese aprobada por el Comité Ejecutivo por intermedio del Comité Permanente.

Los representantes de tres de las ONG que mantienen relaciones oficiales con la OPS se dirigieron al Comité. Cada una de ellas describió la finalidad y las actividades de su organización, en particular las que había realizado en cooperación con la OPS. El representante de la Federación Latinoamericana de Hospitales (FLH) mencionó la asistencia inestimable que su ONG había recibido de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios

de Salud de la OPS en un proyecto para evaluar los modelos de atención de salud en la Región. Para alentar el debate acerca de otras actividades conjuntas, había invitado a la división a que participara en un panel científico sobre la administración de hospitales que tendría lugar en agosto, conjuntamente con el 10.º congreso de la FLH en Puerto Rico.

El representante de COLABIOCLI mencionó varios proyectos que se estaban llevando a cabo para ayudar a los países a que desarrollen y fortalezcan sus capacidades con respecto a la reglamentación de los laboratorios clínicos. La Confederación estaba trabajando con la OPS y otras instituciones para promover y difundir normas para el control de calidad y la acreditación de los laboratorios, y esperaba seguir colaborando con la Organización para beneficio de todos los países. Extendió una invitación formal a la OPS para que participara en el 15.º congreso de COLABIOCLI, programado para julio de 2001, en Brasil.

El representante de ULACETS declaró que la OPS había sido el principal colaborador de su organización en la batalla contra las infecciones de transmisión sexual en la Región desde la creación de la ONG, hacía 26 años. La relación había beneficiado a ambas partes, ya que ULACETS siempre había contado con el aval de la OPS para su trabajo, mientras que la OPS a menudo se había apoyado en la experiencia técnica de los miembros de ULACETS, ya que muchos de ellos eran médicos que trabajaban en los programas nacionales de salud. Su organización esperaba seguir colaborando con la OPS en varios frentes. ULACETS estaba organizando el próximo Congreso Mundial sobre Enfermedades de Transmisión Sexual, que iba a celebrarse por primera vez en las Américas en 2003. Invitó a todos los asistentes a que participaran en esa reunión.

El Presidente del Comité Ejecutivo dio las gracias, en nombre del Comité y la Oficina, por la participación de las ONG en la reunión.

El Comité aprobó la resolución CE126/15.

Asuntos relativos a la política de los programas

Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el ejercicio económico 2002-2003 (documento CE126/8)

El Sr. Román Sotela (Jefe de Presupuesto, OPS) recordó al Comité que el documento que se estaba considerando contenía solamente la porción de la OMS del presupuesto ordinario por programas para la Región de las Américas correspondiente a 2002-2003. La porción de la OMS representaba aproximadamente 30% del presupuesto ordinario de la OPS. El presupuesto combinado de la OPS/OMS para el bienio se presentaría a los Cuerpos Directivos en 2001.

En septiembre de 2000, se pediría al Consejo Directivo de la OPS, en su calidad de Comité Regional de la OMS para las Américas, que formulara recomendaciones a la Directora General de la OMS en cuanto al proyecto de presupuesto ordinario de la OMS para 2002-2003. Las instrucciones presupuestarias y de planificación de la Directora General estipulaban reducciones con respecto al presupuesto por programas de 2000-2001 y disponían que los proyectos iniciales de presupuesto regional se presentaran sin ningún aumento de costos. La cantidad que se solicitaba para las Américas era de \$74.682.000,* que era inferior en \$3.043.000 (o sea, 3,9%) al monto aprobado para el presupuesto ordinario de 2000-2001. Esa cifra de planificación estaba de acuerdo con el esquema regional de reasignación aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en 1998 mediante la resolución WHA51.31. El cuadro 2 que se incluía en el documento ilustraba el efecto de esa resolución durante el bienio 2004-2005, cuando la asignación de la OMS a las Américas descendería al mismo nivel, en términos nominales, que tenía 12 años antes, en el bienio 1992-1993. Esas reducciones tendrían que tenerse en cuenta al elaborar la propuesta combinada de presupuesto ordinario por programas de la OPS/OMS correspondiente a 2002-2003.

En el anexo al documento se presentaba el proyecto de presupuesto por programas de la OMS para las Américas en conformidad con la lista ordenada de programas de la OMS para 2002-2003, la cual variaba ligeramente con respecto a la lista correspondiente a 2000-2001. Las áreas consideradas prioritarias por la OMS para 2002-2003 eran: malaria, tuberculosis, enfermedades no transmisibles, tabaco, Hacer el embarazo más seguro, infección por el VIH/SIDA, inocuidad de los alimentos, salud mental, seguridad hematológica, pruebas científicas para las políticas de salud y organización de los servicios de salud.

En el debate que siguió a la intervención del Sr. Sotela, algunos miembros opinaron que el esquema regional de asignación aprobado en 1998 era imperfecto. Si bien se reconocía que los fondos deberían asignarse a las regiones sobre la base de las necesidades

*Nota: A menos que se indique lo contrario, todas las cifras referentes a monedas que aparecen en este informe se expresan en dólares de los Estados Unidos.

sanitarias y el estado del desarrollo, se señaló que el modelo de asignación tal vez no había evaluado con exactitud el grado de necesidad de algunas regiones ni prestado la suficiente consideración a su capacidad para absorber recursos. También se señaló que, en el espíritu de la solidaridad mundial, la sede de la OMS y las Oficinas Regionales debían tener en cuenta sus propias necesidades y perspectivas. Al mismo tiempo, se reconoció que las Américas no habían sido afectadas tan gravemente como algunas regiones cuyas asignaciones se habían reducido drásticamente. Además, se habían tomado medidas para mitigar en lo posible las repercusiones negativas de las reducciones, una de dichas medidas había sido la decisión de la Directora General de bajar el porcentaje máximo de reducción de 6% a 4% por bienio.

Frente a la realidad de una reducción de 3,9% de la parte del presupuesto para 2002-2003 aportada por la OMS, se instó a la OPS a que asignara prioridades y concentrara su programación. Se elogió a la Oficina por desplazar recursos hacia las áreas prioritarias determinadas por la OMS. En particular, se encomió el aumento de la cantidad asignada para las actividades contra el tabaquismo. Se hicieron varias preguntas acerca de otros aumentos mostrados en el anexo del documento, especialmente el aumento de 37% en la cantidad asignada a la Directora General y a las Oficinas de los Directores Regionales. También se instó a la OPS a que iniciara un diálogo con la sede de la OMS en lo referente a las actividades que deben llevar a cabo la Sede y las regiones. Se sugirió que la mayoría de los asuntos sobre normas y establecimiento de normas debería tratarlos la sede de la OMS, mientras que las regiones deberían asumir la responsabilidad de la ejecución de las actividades. Con relación al proyecto de presupuesto combinado que debía presentarse a los Cuerpos Directivos en 2001, se esperaba que no se buscara un nuevo aumento de las cuotas, ya que la mayoría de los países no estaban en posición de aumentar sus contribuciones a la Organización.

El Sr. Sotela explicó que el aumento evidente de la asignación a las oficinas de la Directora General y de los Directores Regionales se debía principalmente a la reclasificación de un puesto, que se había financiado con el presupuesto ordinario de la OPS y ahora se financiaría con fondos ordinarios de la OMS. En otros casos, quizá haya sucedido lo contrario. También señaló que, debido a que el presupuesto era solamente parcial, los aumentos o disminuciones en el financiamiento en algunas rubros no podían interpretarse necesariamente como un signo de aumento o de disminución en ellos.

El Director señaló que siempre había mantenido que el esquema de reasignación de la OMS era imperfecto y que toda la Organización, incluida la Sede, debería haber participado en las reducciones. Por el contrario, solo las regiones se habían visto afectadas por los recortes presupuestarios. Esperaba que los delegados plantearían esa cuestión en otros foros.

También señaló que la reducción de 6% de la asignación de la OMS a las Américas para el presupuesto 2000-2001 había obligado a reducir los programas regionales en más de 5,8%. No creía que la Organización podría seguir sufriendo indefinidamente tales reducciones en los programas. Ese tema se trataría más a fondo cuando se presentara el presupuesto combinado a los Cuerpos Directivos, en 2001.

El Comité aprobó la resolución CE126.R11.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas (documentos CE126/9 y CE126/9, Add. I)

El Dr. Fernando Zacarías (Coordinador, Programa sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y Enfermedades de Transmisión Sexual, OPS) resumió la situación actual de la prevalencia de la infección por el VIH/SIDA en todo el mundo. A finales de 1999, unos 33,6 millones de adultos y niños estaban viviendo con la infección por el VIH/SIDA, de los cuales 2,6 millones se encontraban en la Región de las Américas. Las tasas de prevalencia más altas de la Región se encontraban en el Caribe, donde estaban infectados 1 de cada 50 adultos de 15 a 49 años de edad, en comparación con cerca de 1 de cada 200 en el resto de las Américas. Los modelos de transmisión variaban entre los países, como la tasa de infección en las mujeres embarazadas, que era mayor en los países donde la transmisión se debía predominantemente a las relaciones heterosexuales. El número calculado de nuevas infecciones había permanecido relativamente estable en América Latina y el Caribe en los últimos años y había disminuido algo en América del Norte, mientras que otras regiones del mundo —en particular, África al sur del Sahara— habían visto un gran repunte en las infecciones por el VIH.

La OPS se había centrado en ayudar a los países a prevenir la infección por el VIH. Las principales acciones preventivas eran los estímulos al cambio de comportamientos, garantía de la seguridad hematológica y reducción de la transmisión del VIH de madre a hijo. El cambio de comportamiento no solo era una de las medidas más importantes de la prevención, sino también una de las más difíciles de lograr. Las intervenciones empleadas para esa finalidad variaban desde la instrucción formal hasta las interacciones personales y las campañas de comunicación de masas. Para mejorar sus esfuerzos, la Organización estaba contratando a un funcionario de tiempo completo especializado en la promoción de la comunicación de masas y el mercadeo social. Se había logrado un éxito significativo al garantizar la sangre segura para las transfusiones, que protegía al público no solo de la infección por el VIH sino también de otras enfermedades como las hepatitis B y C y la enfermedad de Chagas. También se habían logrado éxitos en la prevención de la transmisión

de madre a hijo. La tasa se había reducido en dos tercios desde 1994 mediante el uso del medicamento AZT en un protocolo reconocido. Sin embargo, algunos países todavía no habían puesto en práctica esa estrategia.

Los medicamentos antirretrovíricos (ARV), en particular cuando se usaban en combinación, habían resultado sumamente eficaces para prevenir el avance de la infección latente por VIH hasta el SIDA clínico. Sin embargo, estos medicamentos eran costosos, y su precio variaba ampliamente entre los países. Pocos países podrían darse el lujo de ponerlos al alcance de toda la población y ni siquiera de la mayoría de las personas infectadas con el VIH. Los países tenían que crear la infraestructura necesaria para dar el mejor tratamiento posible a todas las personas infectadas, dentro de las limitaciones impuestas por sus recursos. Este modelo de “elementos esenciales de atención” alentaba a los países a que logaran normas mínimas de atención básica en todo

los niveles de la atención de salud, las cuales podrían modificarse a medida que se dispusiera de más recursos (financieros, técnicos y humanos). El suministro de medicamentos ARV se integraba en los elementos esenciales en todas las etapas.

El Dr. Zacarías concluyó su intervención señalando que, dado el cuadro epidemiológico actual, se tenía la oportunidad de derrotar al SIDA en este continente. Sin embargo, para ello se requeriría un liderazgo político fuerte, alianzas estratégicas entre el sector público y el privado, flexibilidad para cambiar las estrategias de control según fuese necesario y la capacidad para aplicar en mayor escala lo que se había aprendido.

El Comité instó a la OPS a que siguiera prestando asistencia técnica para las actividades de prevención de la infección por el VIH/SIDA en toda la Región. La educación y la comunicación de masas se consideraban factores claves para reducir la transmisión dentro del país y aumentar el conocimiento del público sobre las dimensiones mundiales de la crisis causada por la infección por el VIH/SIDA. Además, debería instarse a los líderes políticos a los niveles más altos —presidentes y primeros ministros— a que hablaran claro acerca de la infección por el VIH/SIDA. La enfermedad era más que un problema de salud pública, según demostraba la atención que se le prestaba en los foros políticos y económicos. Por ejemplo, la declaración emanada del Grupo de los 77, Cumbre Sur-Sur (La Habana, abril de 2000) había incluido un llamamiento a la acción para la comunidad internacional cuya redacción coincidía prácticamente con el enfoque de la OPS.

A pesar de la importancia reconocida de la prevención, el Comité advirtió que las necesidades de atención de quienes ya tenían el diagnóstico de infección por el VIH/SIDA no

debían pasarse por alto. La prevención y la atención no debían considerarse como prioridades en contraposición, sino como parte de un proceso continuo en la lucha contra la infección por el VIH/SIDA. La OPS debía equilibrar cuidadosamente sus actividades entre la prevención, la atención y el tratamiento. Se instó a la Organización a que prosiguiera un diálogo con gobiernos, empresas farmacéuticas y organizaciones internacionales pertinentes (como el ONUSIDA y la OMS) sobre las maneras de bajar el costo de los medicamentos ARV en los países en desarrollo. Se recalcó que, para lograr buenos resultados, las reducciones de los costos de dichos medicamentos deberían ir acompañadas de la creación de sistemas fiables de distribución en los países y de un aumento de la competencia clínica para tratar a los pacientes apropiadamente. El Comité recibió con beneplácito el establecimiento del Fondo Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública y la información solicitada sobre las maneras de obtener acceso al fondo.

El Delegado de Canadá anunció que su país pronto triplicaría su asignación presupuestaria para las actividades internacionales relativas a la infección por el VIH/SIDA. Como parte de su compromiso con el mejoramiento de la colaboración, su gobierno había producido una “guía para la colaboración” que explicaba las maneras en que las ONG podrían participar en la lucha contra la infección por el VIH/SIDA. La guía se publicó en inglés, francés y español. Varios países informaron sobre actividades nacionales, entre ellas los estudios de prevalencia de la infección por el VIH en Bolivia y un programa para reducir la transmisión de madre a hijo en Guyana. El representante de la Unión Latinoamericana contra las Enfermedades de Transmisión Sexual (ULACETS) recordó al Comité la carga que representaban otras infecciones de transmisión sexual (ITS) de las cuales no se hablaba tanto como del VIH/SIDA. Instó a los países a que prestaran más atención a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de esas infecciones, lo que, a su vez, ayudaría a prevenir la transmisión del VIH.

El Dr. Zacarías respondió que la OPS estaba apoyando las actividades para mejorar la vigilancia epidemiológica así como la asistencia a los enfermos con cualquiera de las ITS. Reconoció los adelantos que varios países habían logrado al combatir las ITS y la infección por el VIH, aunque los recursos fuesen escasos, y se comprometió a que la OPS seguiría aprendiendo de los países cuál era la mejor forma de aplicar la comunicación de masas y la educación para la prevención. La Organización se esforzaría por obtener un equilibrio entre prevención y atención. En realidad, la OPS y la OMS habían producido una serie de guías sobre atención a los pacientes con infección por el VIH/SIDA a diferentes niveles.

El Director puso de relieve la grave situación en el Caribe, donde la tasa de prevalencia de la infección por el VIH era 3,5 veces mayor que en otras partes de las

Américas. La situación era especialmente grave en Haití. Sin embargo, mediante un ataque dinámico, uno de esos países, Bahamas, había logrado modificar la situación en cuanto al VIH. Otras partes de la Región también habían visto disminuciones en las tasas de infección desde 1995. El mensaje era que, si se implantaban medidas preventivas, podría revertirse la epidemia y no solamente contenerla. Había que intensificar el mercadeo social de los cambios conductuales mediante la comunicación de masas. Es más, debería plantearse la realidad de la infección por el VIH/SIDA a los líderes políticos de alto nivel y alentarlos a que hablasen claro sobre el tema y tomaran medidas. Incumbía a la OPS ayudar a los ministros de salud a poner sobre el tapete el tema de la infección por el VIH/SIDA a fin de que los líderes de los países estuviesen bien informados sobre el problema.

La OPS había contraído el compromiso de lograr la seguridad de un 100% del suministro de sangre para el año 2002. La seguridad hematológica podía alcanzarse en las Américas, con la aplicación de buenas prácticas básicas de laboratorio y con dedicación a la meta.

El Director advirtió que los medicamentos ARV eran solo parte de la respuesta al problema de la infección por el VIH/SIDA. Reiteró que la falta de una infraestructura para distribuir los medicamentos obstaculizaría su eficacia aunque fueran más asequibles. El Comité podría encontrar información comparativa sobre fijación de precios para esos medicamentos en un sitio en la web mantenido por el Horizontal Technical Cooperation Group (<http://www.gcth-sida.gov.br>). Los debates acerca de las formas para bajar los precios de los ARV continuaban entre cinco empresas farmacéuticas grandes y un grupo convocado en Ginebra por el ONUSIDA, la OMS y el UNICEF. Los ministros latinoamericanos de salud nombraron al Ministro de Salud de Panamá como representante en ese grupo.

En lo referente al Fondo Estratégico, el Director contestó que los países recibirían más adelante la información concreta sobre el funcionamiento y cómo tener acceso a él. Por el momento, sin embargo, la extensión más allá del Brasil, donde se estaba probando como proyecto piloto, se estaba retardando debido a complicaciones legales relativas a las reglamentaciones que rigen la importación y el envío de medicamentos.

El Comité aprobó la resolución CE126.R5.

Vacunas e inmunización (documento CE126/10)

El Dr. Ciro De Quadros (Director, División de Vacunas e Inmunización, OPS) informó que la cobertura de vacunación de los niños en la Región en general era de 80% a 90%, lo que significaba que entre 2.000.000 y 3.000.000 de niños no estaban protegidos. Para ayudar a los países a colmar esa brecha, la OPS había venido realizando evaluaciones de los programas nacionales de vacunación para identificar los obstáculos a la cobertura universal. Hasta el presente, se habían efectuado ocho de esas evaluaciones.

Se habían logrado avances espectaculares al erradicar la transmisión autóctona del sarampión en las Américas. Hasta la fecha, se habían notificado solamente 480 casos en 2000, la mayoría de ellos en Haití y la República Dominicana,* y ambos países estaban redoblando sus esfuerzos de vacunación. En vista de que la transmisión ya se había interrumpido en la mayoría de los demás países, era factible lograr la meta de la erradicación para fines de 2000.

Con respecto a la poliomielitis, el programa mundial de erradicación estaba avanzando, a pesar de las dificultades en algunas regiones. Era importante que las Américas mantuvieran un sistema de vigilancia de alta calidad al unirse al resto del mundo en el proceso de certificar la ausencia de poliovirus salvaje circulante. Los Estados Miembros también debían iniciar un inventario integral de todos los laboratorios sobre los depósitos de poliovirus salvaje, para que pudieran aplicarse medidas adecuadas de contención.

En lo referente a otras enfermedades prevenibles por vacunación, el tétanos neonatal había descendido en 90% desde el inicio de la campaña de control a finales de los años ochenta. Los focos de enfermedad ocurrían a la fecha en menos de 1% de los municipios de las Américas y había razones para creer que la enfermedad podría eliminarse en un futuro próximo. La rubéola todavía era prevalente. Sin embargo, la mayoría de los países estaban usando la vacuna trivalente MMR, que incluía el antígeno de rubéola, y varios países habían llevado a cabo campañas exitosas de vacunación masiva contra la rubéola para interrumpir la transmisión de la enfermedad y prevenir el síndrome de rubéola congénita. El riesgo de un brote de fiebre amarilla urbana existía cualquier punto del territorio cada vez mayor donde se asentaba del vector, *Aedes aegypti*. Hasta el presente, solo Guayana Francesa y Trinidad y Tabago estaban vacunando a todos los niños contra la fiebre amarilla, y el Brasil había llevado a cabo la vacunación masiva en todos los grupos de edad en los dos últimos años. Otros países también deberían considerar la posibilidad de incorporar la vacuna en sus programas nacionales. Finalmente, el Dr. De Quadros informó que más de 85% de los niños

* El Dr. De Quadros señaló que el número de casos de sarampión en la República Dominicana en 1999 notificado en el documento era incorrecto; la cifra correcta era "274".

de América Latina y el Caribe vivían en países que ofrecían vacunas contra la hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b en sus esquemas nacionales de vacunación.

La Organización había participado en varias actividades relacionadas con el control de calidad de las vacunas. Entre ellas, la promoción de la armonización de la reglamentación relativa a la concesión de licencias de vacunas en los países no productores, la formulación y la ejecución de un programa de certificación para los laboratorios que prueban las vacunas y el estímulo a las buenas prácticas de fabricación, así como el examen de los procedimientos por los productores de vacunas de la Región. La Organización estaba promoviendo la inclusión de los productores de vacunas locales en el proceso de la OMS para la evaluación de la calidad de las vacunas, a fin de que las vacunas de las Américas pudiesen suministrarse a los organismos de las Naciones Unidas. La OPS estaba trabajando también con la Alianza Mundial sobre Vacunas e Inmunización (GAVI), creada recientemente, para determinar cómo podría la Región tomar parte en el desarrollo de vacunas nuevas.

El Comité encomió el liderazgo de muchos años de la OPS en este campo. Sin embargo, expresó su inquietud de que, a pesar de los logros de la Región, subsistían todavía amplias disparidades en las tasas de cobertura de vacunación entre los países y entre grupos dentro de los países. Los acontecimientos políticos y la falta continua de acceso a los servicios básicos de salud obstaculizaban el progreso para colmar las brechas. Las evaluaciones nacionales que estaba realizando la OPS podrían ayudar a los países a que negociaran más financiamiento de los organismos de cooperación. Se sugirió que el documento incluyera un examen de la relación entre la reforma del sector de la salud y las tendencias en la vacunación, destacando los retos de mantener tasas altas de cobertura a nivel distrital en vista de las recientes actividades de reforma.

El Comité apoyó las actividades actuales de la Organización, mencionando especialmente la inclusión de la administración de suplementos de vitamina A en los programas de vacunación y los proyectos orientados hacia el desarrollo de vacunas y control de calidad de la producción. Se instó a la OPS a que fomentara mayor colaboración y comunicación entre los investigadores que trabajan en el desarrollo de vacunas así como el intercambio de experiencias fructíferas entre los países.

Dado el avance rápido hacia la erradicación de la poliomielitis en todo el mundo, uno de los Miembros pidió una fecha aproximada en que empezaría el proceso de certificación y cuándo podría cesar la vacunación en las Américas. El Dr. De Quadros respondió que ya se había establecido una comisión mundial de certificación, al igual que comités para cada región. En un sentido, el proceso mundial había empezado cuando se había certificado a las

Américas como libre de la poliomielitis. La meta era lograr la certificación mundial para 2005. Si se alcanzaba esa meta, la vacunación probablemente podría cesar entre 2005 y 2010, según los resultados de la investigación en curso acerca de la circulación de cepas del virus derivadas de las vacunas.

El Dr. De Quadros informó que la inclusión de la administración de suplementos de vitamina A en los programas de vacunación había producido buenos resultados. La iniciativa la había realizado el Programa de Nutrición de la OPS y contó con el apoyo de una subvención del Canadá. También informó que los investigadores de vacunas habían programado reuniones anuales para intercambiar información y fomentar la colaboración.

Finalmente, suministró al Comité mayor información acerca de las oportunidades y limitaciones planteadas por la GAVI. Más de 90% de los recursos de la GAVI, que totalizaban cerca de \$1.000 millones para fines del año, se destinaban a la compra de vacunas contra la hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) para los países que no podían costearlas. Solo seis países de la Región de las Américas (Bolivia, Cuba, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua) reunían los requisitos para recibir esa ayuda, según el PNB per cápita. Sin embargo, los países que podían recibir la ayuda ya estaban pagando las vacunas con sus propios recursos; algunos deseaban utilizar vacunas tetra o pentavalentes que contenían los antígenos de hepatitis B o de Hib, o ambos, en vez de las vacunas simples. Se habían iniciado conversaciones para determinar si los países de las Américas podían destinar la ayuda de la GAVI al mantenimiento de la infraestructura, y se había negociado un convenio con la Alianza para que los países pudieran utilizar los recursos de la GAVI para adquirir las vacunas tetra y pentavalentes. Sin embargo, el cumplimiento de ese convenio era incierto porque el fondo de la GAVI —una entidad jurídica, a diferencia de la Alianza— era administrado por los productores de vacunas y financiado en gran parte por el sector privado. También se esperaba que la GAVI tomaría medidas para evitar una nueva escasez de vacunas liofilizadas contra el sarampión, sarampión-rubéola y rubéola-parotiditis. El año pasado, la escasez se había producido como resultado de que los fabricantes desviaban su capacidad de liofilización en favor de la producción de una vacuna contra Hib, más costosa.

El Director reiteró la necesidad de aprovechar cautelosamente las oportunidades ofrecidas por la GAVI. Para velar por que la iniciativa fuese útil, el entusiasmo filantrópico de sus creadores tenía que ser atemperado por el conocimiento de las necesidades más vitales de los países. El Director también comentó que un esfuerzo mundial para erradicar el sarampión no debía retrasarse hasta que el mundo se hubiera declarado libre de la poliomielitis. Instó a las autoridades sanitarias nacionales de las Américas a que insistieran para que se tomaran de inmediato las medidas necesarias.

El Comité aprobó la resolución CE126.R4 sobre este tema.

Evaluación del Programa Regional de Bioética (CE126/11)

El Dr. Juan Antonio Casas (Director, División de Salud y Desarrollo Humano, OPS) presentó un breve resumen del desarrollo histórico y de las actividades actuales del Programa Regional. Observó que la bioética era una disciplina relativamente joven, que había avanzado rápidamente en los últimos treinta a cuarenta años en respuesta al crecimiento explosivo del conocimiento médico y a la introducción de nuevas tecnologías. Desde mediados de los años ochenta, la OPS había prestado cooperación técnica a instituciones públicas y privadas de los Estados Miembros sobre el desarrollo conceptual y práctico de la bioética. El Programa Regional de Bioética se había establecido en 1993, con sede en Santiago, Chile.

El Programa difundía información sobre la bioética, promovía la inclusión de las inquietudes bioéticas en la legislación, coordinaba el establecimiento de una red de profesionales e instituciones con experiencia en el campo, apoyaba los esfuerzos nacionales para intensificar la toma de conciencia y la aplicación de la bioética y fomentaba la investigación, la educación y el adiestramiento. En esta última esfera, la meta era poner al alcance del mayor número de profesionales médicos de la Región los conocimientos especializados sobre bioética. A principios de su existencia, el Programa había creado un centro de documentación e información, que ahora se había convertido en una base de datos bibliográfica de 3.500 títulos accesibles por medio de Internet. El Programa también publicaba dos publicaciones periódicas y había producido numerosos documentos y varios libros.

Uno de los logros principales del Programa era el establecimiento de un programa de *magister* en Bioética en la Universidad de Chile, en cooperación con la Universidad Complutense de Madrid, España. (Un programa de *magister* es intermedio entre un curso especializado de estudios y un programa de maestría.) Unos 80 profesionales de la Región habían terminado ese programa, y otros 400 habían asistido a los seminarios auspiciados por la OPS sobre temas de bioética. Otro programa de *magister* se había creado recientemente en la República Dominicana para ampliar el acceso al adiestramiento en bioética. Para ayudar a la OPS a que respondiera a los retos bioéticos asociados con las prioridades concretas fijadas por los planificadores sanitarios de la Región, en 1999 se había formado un Comité Consultivo Internacional sobre Bioética. De su primera reunión surgió una publicación difundida ampliamente sobre la investigación en sujetos humanos.

El Programa también había solicitado una evaluación externa de su trabajo, que realizó en el primer trimestre de 2000 el destacado especialista en bioética, Dr. James F. Drane, de la Universidad de Edinboro (Pensilvania, Estados Unidos); el informe del Dr. Drane se adjuntaba como anexo al documento CE126/11.

En su intervención ante el Comité, el Dr. Drane hizo notar la revolución que para la medicina representaba el establecimiento de la secuencia del genoma humano. Varias formas de genoterapia ya se estaban aplicando experimentalmente para tratar algunas enfermedades. Recientemente, el sujeto humano de uno de esos experimentos había muerto. En la investigación siguiente se descubrieron algunas lagunas éticas, cosa que ilustraba los peligros del ejercicio de la medicina sin un examen ético estricto.

El desarrollo acelerado de la disciplina en los últimos treinta años ponía de relieve la importancia de la bioética. A pesar de las prioridades en contraposición, la OPS debía participar en este campo nuevo, porque era la única organización en la Región que gozaba de confianza y prestigio, además de contar con una base amplia para ocuparse de estas actividades. La aplicación adecuada de la bioética requería recursos para la difusión de la información y el logro de experiencia y conocimientos técnicos mediante programas educativos. La orientación para comprender los principios bioéticos la necesitaban no solo los médicos, los hospitales y las escuelas de medicina, sino también los legisladores y los periodistas. En la Región debían crearse equipos de expertos en bioética para emprender tareas concretas (como el establecimiento de programas de bioética en hospitales y facultades de medicina) o concentrarse en problemas médicos especiales.

Para terminar, el Dr. Drane recordó al Comité que no bastaba con la elaboración de normas bioéticas; se necesitaban tanto la participación práctica como el examen para velar por que se siguieran esas normas. La OPS era la institución apropiada para supervisar las iniciativas y las actividades relacionadas con la bioética en toda la Región. La evaluación hecha por él contenía varias recomendaciones concretas para la dirección futura del Programa Regional.

El Comité expresó su agradecimiento por el trabajo realizado por la OPS en el ámbito de la bioética. Instó a la Organización a aumentar su colaboración con el nuevo programa de bioética de la OMS así como con las iniciativas de otros organismos, como la UNESCO. La colaboración permitiría a las organizaciones intercambiar experiencias y eliminaría la duplicación de esfuerzos, para así hacer rendir los escasos recursos. El Comité recomendó que la red de académicos expertos en bioética establecida por el Programa

sirviera para obtener una perspectiva de la totalidad de la Región, pero advirtió también que el avance de la disciplina de la bioética en los países debía estar arraigado en el contexto histórico y cultural propio.

El Comité estuvo de acuerdo en que el adiestramiento formal en bioética y su incorporación en los programas de educación médica continua eran vitales. Sin embargo, además de brindar orientación en los entornos académicos e institucionales, la OPS debía esforzarse más para promover la participación del público en los debates sobre la bioética, ya que las inquietudes de esta disciplina eran pertinentes para muchas decisiones de política pública. Debía tomarse cada vez más en cuenta la bioética en los temas de política, como por ejemplo, el derecho de tener acceso a los servicios de salud.

Los planes futuros del Programa Regional según se esbozaban en el documento eran factibles. Se instó a los países a que mostraran liderazgo en el ámbito de la bioética, que ampliasen el adiestramiento y promulgasen leyes nacionales eficaces. Se pidió a la Oficina que formulara observaciones sobre la posibilidad de movilizar más recursos para el Programa en la Región. Se señaló que no se habían mencionado en el documento las iniciativas pertinentes que los países había llevado a cabo individualmente. Un delegado pidió más explicación del concepto de la ética objetiva.

El Dr. Casas estuvo de acuerdo en que era importante ampliar la participación del Programa en el escenario de las políticas públicas, pero puntualizó que debía mantenerse su vinculación con las instituciones académicas. El Programa debía apoyar la red de investigación y desarrollo continuo del campo de la bioética, pero a la vez abrir canales nuevos para la incorporación de la bioética en los debates de políticas públicas y la toma de decisiones del sector de la salud. Aseguró a los delegados que la OPS estaba comprometida a trabajar con otras organizaciones para evitar duplicación de esfuerzos. La Organización estaba colaborando actualmente con el Centro Internacional Fogarty, de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos, en sus actividades para formar una red mundial dedicada al análisis de temas éticos relacionados con la investigación con sujetos humanos. La OPS y el Centro Fogarty patrocinarían una reunión internacional en las Américas sobre ese tema en 2002.

Según se mostraba en el documento, el presupuesto del Programa Regional y sus fuentes de financiamiento básicamente no habían variado año tras año. Se esperaba que la cantidad de fondos extrapresupuestarios para el Programa aumentaría para 2000. Si bien era cierto que el documento no mencionaba muchas iniciativas de bioética llevadas a cabo a nivel

nacional, ello se debía a que el informe no se proponía ser exhaustivo. Sin embargo, podía solicitarse un documento más detallado en español.

El Dr. Drane hizo notar que el Programa Regional de Bioética de la OPS estaba particularmente bien preparado para dar una perspectiva latinoamericana a su colaboración con las instituciones internacionales. Para ello, en primer lugar tenía que aumentar la experiencia y los conocimientos técnicos en materia de bioética mediante el adiestramiento. Si bien era importante reconocer el componente ético de los temas de política sanitaria (como el acceso a la atención de salud y su financiamiento), era igualmente importante que el Programa siguiera trabajando con instituciones médicas y promoviendo la inclusión de la bioética como parte del programa de estudios médicos. Además, algunos problemas bioéticos, como los que surgen de la nueva biotecnología, se abordaban mejor en el entorno médico que por conducto de decisiones de política pública.

Respondiendo a la pregunta acerca de la ética objetiva, dijo que el término se refería a la ética universal reconocida en las declaraciones internacionales de derechos. A su vez, la ética universal tenía que aplicarse de manera que tuviese en cuenta el entorno cultural. Por ese motivo, era importante que las personas con conocimientos del medio local estuviesen incluidas en la toma de decisiones; por ejemplo, en los consejos de examen de las investigaciones.

El Director señaló que las observaciones del Comité indicaban que el Programa Regional de Bioética iba en general por buen camino, con unas leves modificaciones a sus orientaciones. Creía que debía mantenerse el mandato original del Programa, es decir, adiestramiento y generación de interés en la bioética. Una nueva área de interés debía ser la elaboración de indicadores que demostrasen el éxito del Programa. Si el Programa resultara exitoso, gran parte de su trabajo podría asignarse al cuadro de expertos que habían recibido adiestramiento gracias a él. El Programa había servido para recordar que, en medio de los abrumadores problemas de salud, no podíamos permitirnos pasar por alto

las inquietudes relacionadas con la bioética. Como una repercusión favorable, el Programa había incidido en que la OPS examinara en mayor detalle las consecuencias éticas de sus propias iniciativas de cooperación técnica.

El Director puso de relieve también que la OPS estaba dispuesta a intercambiar sus experiencias al colaborar con otras instituciones, como lo había venido haciendo con el Centro Fogarty y el Wellcome Trust para aportar una perspectiva mundial a los principales problemas bioéticos. La OPS estaba buscando activamente movilizar no solo recursos

financieros sino también a otras instituciones para que se unieran a la red. El Director finalizó su intervención agradeciendo al Dr. Drane su participación en la evaluación externa.

El Comité aprobó la resolución CE126.R6.

Inocuidad de los alimentos (documento CE126/12)

El Dr. Jaime Estupiñán (Director, Centro Panamericano para la Protección de Alimentos y Zoonosis) reseñó el documento sobre este tema, que analizaba la situación actual de la inocuidad de los alimentos en la Región, y expuso las metas, los objetivos y las estrategias del Programa Regional de Cooperación Técnica en Protección de los Alimentos.

En los diez últimos años, habían ocurrido graves brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos (ETA) en diversas regiones del mundo, entre ellas las Américas, lo cual había intensificado la atención hacia la necesidad de tomar medidas relativas a la inocuidad de los alimentos con miras a proteger a la población. Recientemente, los órganos deliberantes de la OMS habían analizado el problema de la inocuidad de los alimentos y la 53.^a Asamblea Mundial de la Salud había aprobado la resolución WHA53.15, mediante la cual se establecía la inocuidad de los alimentos como una prioridad de salud pública.

Para abordar el problema de la inocuidad de los alimentos en la Región, la OPS había elaborado un plan estratégico que tenía en cuenta la resolución WHA53.15, así como los aspectos sociales, políticos, económicos y técnicos del problema de la inocuidad de los alimentos en las Américas y las recomendaciones de los Cuerpos Directivos de la OPS, del Centro Panamericano para la Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ) y de la Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSAs). El INPPAZ se encargaba de ejecutar el plan, que tenía los siguientes cinco objetivos a corto y a mediano plazo: 1) organización de los programas de protección de alimentos, tanto nacionales como locales; 2) fortalecimiento de la capacidad de laboratorio para la detección de contaminantes químicos y microbiológicos; 3) modernización de los métodos de inspección de alimentos, en particular mediante la incorporación de buenas prácticas y procesos de fabricación (BPP/BPM), procedimientos operacionales de limpieza y desinfección (SSOP) y la metodología de análisis de peligros y puntos críticos de control (APPCC); 4) mejoramiento de los sistemas nacionales de vigilancia de las ETA; y 5) promoción de la participación comunitaria en la inocuidad de los alimentos. El documento describía algunas de las actividades llevadas a cabo hasta ahora con miras a lograr los cinco objetivos.

El Plan Regional también tenía seis objetivos a largo plazo para el año 2004, con la finalidad de aprovechar la ventaja comparativa de la OPS para cooperar con los países y suministrar información y adiestramiento en el ámbito de la inocuidad de los alimentos. Esos objetivos se describían en el documento, así como las estrategias y las actividades propuestas para alcanzarlos. El Dr. Estupiñán destacó una estrategia en particular, a saber: la creación de una comisión regional de protección de alimentos para tratar asuntos relacionados con la formulación de políticas regionales sobre inocuidad de los alimentos y promover la creación y el fortalecimiento de programas nacionales, la coordinación intersectorial entre el sector sanitario y el agropecuario, la coordinación entre los países y la participación de los productores y de los consumidores de alimentos.

El Dr. Estupiñán concluyó sus comentarios recalcando los siguientes aspectos esenciales de los programas de inocuidad de los alimentos. Estos deben considerarse como una responsabilidad fundamental de salud pública; los programas de inocuidad de los alimentos deben asignar la misma importancia a los alimentos destinados al consumo nacional y a los de exportación, y también deben tener en cuenta la importancia de la inocuidad de los alimentos para el turismo; los programas de inocuidad de los alimentos deben basarse en los principios científicos y las normas del Codex Alimentarius y deben incorporar el análisis de peligros; los programas de inocuidad de los alimentos deben fundarse en los sistemas de vigilancia de las ETA; y los programas de inocuidad de los alimentos requieren estrecha coordinación entre los países y los sectores, así como la coordinación de la cooperación técnica internacional.

Después de la intervención del Dr. Estupiñán, el Comité Ejecutivo asistió a la presentación de un video producido por la OPS como parte de sus actividades para mejorar la inocuidad de los alimentos en la Región.

El Comité encontró en el Plan Regional una base sólida para la cooperación técnica de la OPS en el área de la inocuidad de los alimentos y expresó su apoyo a las metas y las estrategias concretas planteadas en el documento. Se encomió la importancia que se asigna en el Plan al uso de los métodos científicos de protección de alimentos, así como su atención a la importancia de aplicar las mismas normas estrictas a los alimentos vendidos en los mercados internos y a los productos de exportación. Se subrayó la importancia de la inocuidad de los alimentos como problema de salud pública y como un medio de fomentar el desarrollo económico y el comercio. Se señaló que el tema de los contaminantes químicos quizás no se había abordado suficientemente en el documento y que tales contaminantes entrañaban un riesgo particular para ciertos grupos de población, en particular los niños y los pueblos indígenas. También se señaló que los productores y fabricantes tendían a sacar

provecho de los mecanismos reglamentarios relativamente débiles en los países en desarrollo y que dichos países requerirían apoyo especial de la Organización para implantar sistemas nacionales adecuados de control de alimentos.

Al igual que había hecho el Subcomité de Planificación y Programación, el Comité Ejecutivo encomió a la Oficina por la decisión de transferir la responsabilidad de las zoonosis al Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) y hacer de la protección alimentaria la función principal del INPPAZ. El Comité expresó su apoyo a los objetivos a largo plazo para fortalecer la infraestructura y la estabilidad financiera del Instituto a objeto de permitirle seguir prestando cooperación técnica en el área de la protección de alimentos.

Varios delegados pusieron de relieve la falta de información financiera en el documento y solicitaron aclaración en cuanto al nivel actual de los recursos y a las expectativas futuras en cuanto al presupuesto para el Programa Regional de Cooperación Técnica en Protección de los Alimentos. En cuanto a la propuesta de formar una comisión regional de protección de alimentos, algunos Miembros cuestionaron la necesidad de tal cuerpo e instaron al Director a consultar con funcionarios de los países si la consideraban necesaria y, en ese caso, solicitar sus opiniones en lo referente a la composición que tendría. Finalmente, se recalcó que la OPS debía tratar de coordinar sus esfuerzos con los de otros organismos y organizaciones que trabajaban en la esfera de la inocuidad de los alimentos para así evitar la duplicación de esfuerzos y hacer el mejor uso de los recursos. El representante del Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA) afirmó la voluntad de su organización de trabajar con la OPS en la esfera de la inocuidad de los alimentos.

El Dr. Estupiñán explicó que, durante el período 1970-1990, la OPS había trabajado intensamente para apoyar a los países en la organización de los programas para la detección de contaminantes químicos en los productos alimentarios de origen tanto animal como vegetal. La Organización había recibido ayuda para ese trabajo de varios Estados Miembros, en particular, del Canadá. Muchos países ahora tenían esos programas, y la OPS seguía ayudando a los que no los tenían. El problema de los contaminantes químicos no se había abordado en tanto detalle en el documento precisamente porque había sido objeto de tantos esfuerzos previos; sin embargo, se consideraba tan grave como el problema de los contaminantes microbianos y estaba

recibiendo la misma atención. Por ejemplo, tal como se observaba en el documento, la Red Interamericana de Laboratorios de Análisis de Alimentos estaba trabajando para fortalecer la capacidad de análisis de ambos tipos de contaminantes.

El Director, respondiendo a las preguntas sobre el presupuesto, señaló que el financiamiento para el Programa de Protección de Alimentos giraba en torno al problema del financiamiento para INPPAZ. La Oficina había venido manteniendo conversaciones prolongadas con el nuevo Gobierno de la Argentina —el país anfitrión del Instituto— en cuanto al pago de sus contribuciones al INPPAZ. Si bien seguía siendo optimista, hasta ahora las negociaciones no habían producido ningún resultado concreto. El Instituto había logrado seguir funcionando gracias a una administración muy cuidadosa sus escasos recursos, pero sus actividades se habían limitado seriamente debido a los recortes presupuestarios. Se había previsto que el presidente del Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) de la Argentina visitara la OPS durante la segunda semana de julio, y esperaba que esa visita diera lugar a un compromiso financiero firme de la Argentina con el Instituto. Sin embargo, si no pudiera llegarse a un acuerdo con el país anfitrión y así asegurar una base financiera sólida para el INPPAZ —una situación que esperaba firmemente que no ocurriera—, se vería obligado a consultar a los Cuerpos Directivos en lo referente al futuro del Instituto.

En cuanto a la propuesta de una comisión regional de protección de alimentos, señaló que, en la última Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA), celebrada en 1999, se había expresado considerable interés en la creación de tal comisión. La experiencia con el Comité Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (COHEFA) había demostrado el valor de contar con una comisión regional para centrarse en un tema de inquietud común, como las enfermedades transmitidas por los alimentos y la inocuidad de los alimentos. Se preveía que la próxima RIMSA, programada para abril de 2001, renovarían el llamamiento a la creación de una comisión regional de protección de alimentos. En consecuencia, si bien se seguiría consultando con funcionarios nacionales, confiaba en que la mayoría apoyaría la idea.

El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE126.R7 sobre este punto.

Enfermedades cardiovasculares: la hipertensión arterial (documento CE126/13)

La Dra. Sylvia Robles (Coordinadora, Programa de Enfermedades No Transmisibles, OPS) presentó información sobre el problema de las enfermedades cardiovasculares en la Región y describió el enfoque de salud pública, preconizado por la OPS, para su prevención y control. La Organización consideraba que un enfoque de salud pública, que asignara particular importancia al control de la hipertensión, era esencial por las razones que se explican a continuación.

Primera, las enfermedades cardiovasculares eran la causa más frecuente de muerte y discapacidad tanto en hombres como en mujeres, no solo en Canadá y los Estados Unidos, sino también en toda América Latina y el Caribe. Afectaban no solo a las personas de edad —un mito común— sino también a los adultos en el período más productivo de la vida; en consecuencia, tenían repercusiones económicas enormes. Entre las enfermedades cardiovasculares, las dos causas más importantes de mortalidad prematura y discapacidad eran la cardiopatía isquémica y las enfermedades cerebrovasculares. No obstante, se había demostrado que podrían prevenirse mediante el tratamiento oportuno y el control de los factores de riesgo. La hipertensión arterial —que afectaba a uno de cada cuatro adultos en la Región— era un factor clave de riesgo tanto para esas enfermedades como para otros trastornos cardiovasculares.

Segunda, la prevención eficaz de las enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades no transmisibles requería un enfoque que abordara los principales factores de riesgo como fumar, régimen alimentario inadecuado y falta de actividad física. Un enfoque de atención primaria de salud —que hiciera hincapié en la prevención, en las estrategias de promoción de la salud y en las intervenciones comunitarias— era preferible con creces al enfoque vigente, que era fundamentalmente clínico, para el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, las cuales a menudo se detectaban solo después de haber llegado a una etapa en la que requerían atención secundaria o terciaria. Un enfoque de este tipo suponía además la ventaja de tener un costo considerablemente menor.

Tercera, las enfermedades cardiovasculares afectaban a diferentes grupos de población de diferentes maneras. El sexo, el nivel educativo y otros factores se asociaban con las diferencias en las tasas de mortalidad por esta causa.

La cuarto razón, y la más importante, para adoptar un enfoque de salud pública a las enfermedades cardiovasculares, que asigne particular importancia al control de la hipertensión arterial, es que el enfoque daba buenos resultados. La Dra. Robles presentó datos que indicaban que el control eficaz de la hipertensión arterial podría tener una repercusión significativa sobre la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares y cardiopatía isquémica.

El Programa de Enfermedades No Transmisibles de la OPS, por consiguiente, estaba propugnando un enfoque que integrara la promoción de la salud, la prevención primaria y el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares. El enfoque utilizaba las estrategias de CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No Transmisibles) y otros programas comunitarios encaminados a prevenir los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles, en general. Además, la OPS se había asociado con el

Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre, de los Estados Unidos, y con varias otras organizaciones para crear la Iniciativa Panamericana de Hipertensión Arterial, cuyos objetivos eran aumentar la detección de personas con hipertensión en todos los servicios de salud y mejorar la aceptación y adherencia al tratamiento.

El Comité Ejecutivo encomió el enfoque de salud pública de la OPS con respecto a las enfermedades cardiovasculares y la Iniciativa Panamericana de Hipertensión Arterial, y elogió el documento por su alcance y calidad técnica. Se sugirió que, con algunos pequeños cambios, el documento quizá podría publicarse en la *Revista Panamericana de Salud Pública*, como una forma de ayudar a aumentar la toma de conciencia sobre la gravedad del problema en la Región. Entre los cambios propuestos se encontraba agregar un análisis de las tendencias regionales desglosadas por las principales causas de enfermedades cardiovasculares. A este respecto, un delegado señaló que el documento parecía centrarse excesivamente en la hipertensión arterial como principal factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, cuando otros factores de riesgo, como el tabaquismo y un régimen alimentario deficiente, eran igualmente importantes. Además, si bien el documento mencionaba la asociación entre el estado socioeconómico y las desigualdades en la distribución de los factores de riesgo y la mortalidad cardiovascular, se debería prestar mayor atención al uso de esa información para la formulación de estrategias de intervención destinadas a tratar las necesidades especiales de poblaciones desfavorecidas, como los grupos indígenas. El Comité subrayó la necesidad de instaurar sistemas de vigilancia para determinar la distribución de los factores de riesgo e identificar los grupos destinatarios de las intervenciones. Se sugirió que la OPS quizá debería considerar la posibilidad de crear instrumentos estandarizados de vigilancia para esa finalidad.

Varios delegados opinaron que el documento también debía hacer mayor hincapié en la importancia de la educación para prevenir las enfermedades cardiovasculares. Se recalcó que los esfuerzos educativos debían empezar durante la niñez para promover los modos de vida sanos y prevenir los comportamientos que tenían probabilidad de conducir a la aparición de enfermedades cardiovasculares en etapas posteriores de la vida. El adiestramiento del personal de atención primaria para tratar eficazmente la hipertensión arterial y las enfermedades cardiovasculares también se consideraba esencial.

El Comité expresó su apoyo al funcionamiento de la Red CARMEN y a estrategias similares como medios eficaces y asequibles de prevenir y controlar las enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades no transmisibles. Se señaló que el costo elevado de los medicamentos utilizados comúnmente para tratar la hipertensión arterial estaban fuera del alcance de muchas personas en los países en desarrollo, lo que hacía imperativo adoptar

enfoques no farmacológicos al tratamiento. Varios delegados señalaron la necesidad de investigar sobre la eficacia de los medicamentos de bajo costo y los estudios de costo-beneficio para demostrar el valor de invertir en el control de la hipertensión arterial como una forma de reducir las enfermedades cardiovasculares. Finalmente, se señaló que la hipertensión arterial era una enfermedad trazadora y que las medidas tomadas para prevenirla y controlarla también ayudarían a reducir el riesgo de otras enfermedades vinculado a los modos de vida malsanos.

La Dra. Robles recalcó que la OPS consideraba la prevención y el control de la hipertensión arterial como parte de un enfoque integrado a la prevención y control de las enfermedades no transmisibles en general. El documento se centraba en la hipertensión porque la 125.^a sesión del Comité Ejecutivo había seleccionado las enfermedades cardiovasculares, haciendo hincapié en la hipertensión, como uno de los temas que quería considerar en la 126.^a sesión. Como se había indicado, esta era una enfermedad trazadora, y las intervenciones concebidas para abordarla también abordaban un conjunto entero de factores de riesgo que contribuían a la aparición de otras enfermedades no transmisibles. La Organización estaba prestando cooperación técnica para ayudar a los países a poner en práctica y fortalecer los programas comunitarios, como CARMEN, encaminados a producir cambios de comportamientos y promover modos de vida sanos, que ayudarían a prevenir no solo las enfermedades cardiovasculares sino todas las enfermedades no transmisibles. Uno de los principales centros de interés del Programa de Enfermedades No Transmisibles en el último año había sido la promoción de la actividad física a lo largo de la vida.

En cuanto al costo elevado de los medicamentos usados para tratar la hipertensión arterial, había indicios de que esta podría controlarse eficazmente mediante el uso de medicamentos de bajo costo, junto con medidas de prevención primaria y secundaria. Con ese fin, debían formularse normas clínicas claras y aplicarlas en los servicios de salud; además debería mejorarse la capacidad del personal de atención primaria para tratar eficazmente la hipertensión.

El Comité aprobó la resolución CE126.R16.

Equipos y dispositivos médicos (documento CE126/14)

El Sr. Antonio Hernández (Asesor Regional, Ingeniería y Mantenimiento de Servicios de Salud, OPS) presentó el documento sobre la reglamentación de los dispositivos y equipos médicos, cuya versión inicial la había preparado el Gobierno del Canadá para la 34.^a sesión del SPP. Con el crecimiento acelerado en la comercialización y el uso de los dispositivos y los

equipos médicos en América Latina y el Caribe, la reglamentación se había convertido en motivo de preocupación para los ministerios de salud de la Región. La OPS había venido trabajando con los países desde 1994 para establecer y fortalecer los marcos normativos destinados a velar por la eficacia, la seguridad y la calidad de todos los dispositivos usados en los servicios de salud y por la población. La Organización había recibido mucha ayuda de diversas organizaciones nacionales y no gubernamentales, en especial de la Oficina de Dispositivos Médicos del Canadá, de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos y del Emergency Care Research Institute (mejor conocido por la sigla ECRI), todos ellos centros colaboradores de la OPS/OMS.

En octubre de 1999, la OPS había patrocinado una reunión de consulta sobre la reglamentación de los dispositivos médicos, cuyo informe final se había distribuido al Comité Ejecutivo durante la 126.^a sesión. Esa reunión había producido varias conclusiones y recomendaciones, que se presentaban en el informe final y en el documento preparado para el Comité. Entre otras cosas, los participantes habían recomendado que la OMS y la OPS aumentaran su participación y promovieran una mayor participación de los países en las actividades y las iniciativas internacionales en el ámbito de la reglamentación de dispositivos médicos, con miras a facilitar la armonización de los reglamentos. La reunión de consulta también había recomendado que los países de América Latina y el Caribe participaran en el Grupo de Trabajo de Armonización Mundial (GHMF), un consorcio internacional voluntario que promovía la armonización de las reglamentaciones para dispositivos médicos en los países desarrollados y en desarrollo en todo el mundo.

El plan de acción propuesto que se mencionaba en el documento sometido a la consideración del Comité Ejecutivo respondía a las recomendaciones de la reunión consultiva y a la creciente demanda de cooperación técnica de los países en la esfera de los dispositivos médicos. El plan incluiría las siguientes actividades: preparación de un perfil regional y de informes de situación de cada país sobre la reglamentación de los dispositivos médicos; organización de cinco talleres subregionales sobre los dispositivos médicos, el primero de los cuales estaba programado para octubre de 2000; facilitación de la participación de autoridades normativas de América Latina y el Caribe en las reuniones del GHMF y los grupos de estudio; fortalecimiento del uso de “Med-Devices”, un foro electrónico para debate y consulta entre las autoridades normativas, coordinado por la OPS; circulación de proyectos de normas y del programa modelo para la reglamentación de los dispositivos médicos presentados en la reunión de consulta y preparación de un glosario de términos y de una guía no técnica sobre reglamentación del equipo y los dispositivos, como una primera fase para la elaboración de normas más detalladas; y la prestación de cooperación técnica por la OPS/OMS en coordinación con los centros colaboradores ya mencionados. El

presupuesto calculado para ejecutar el plan de acción durante el período 2001-2002 sería de \$300.000.

El documento CE126/14 contenía una lista de las actividades recomendadas que se sometía a la consideración del Comité Ejecutivo. El Comité apoyó las recomendaciones y el plan de acción propuesto. Recalcó, en particular, que era necesario mostrarse sensible a la realidad de los países e incorporar los reglamentos paso a paso, teniendo en cuenta las estructuras de reglamentación actual de los países y su capacidad para ejecutar y hacer cumplir nuevos reglamentos. También se recalcó la importancia de tener en cuenta los factores socioculturales que influían en el uso de los dispositivos y los equipos médicos y las repercusiones dispares de su uso en grupos de población marginados (como mujeres, niños y grupos indígenas).

El Comité expresó su apoyo a los talleres bienales propuestos para promover la armonización de las reglamentaciones sobre dispositivos médicos y para la formación de un grupo especial que ampliaría las actividades de armonización entre los talleres. En cuanto a esto último, se señaló que el documento preparado para el SPP había propuesto el establecimiento de un comité directivo formal; sin embargo, el Subcomité había indicado que, en vista de las limitaciones de recursos, sería preferible crear un comité especial, y esa sugerencia se había incorporado en el documento. Los talleres se consideraban como un buen vehículo para la formación de recursos humanos, una necesidad crítica para progreso y el mantenimiento de los sistemas reglamentadores. Al igual que lo había hecho el Subcomité, el Comité Ejecutivo elogió la decisión de la OPS de no solicitar financiamiento de la industria de dispositivos médicos para ejecutar el plan de acción, dado que algunas recomendaciones de la Organización quizá iban en contra de los intereses de la industria.

Se propusieron varias modificaciones en la secuencia de las actividades previstas de conformidad con el plan de acción. Se opinó que la recopilación de los datos sobre el estado actual de los programas normativos debía ser el primer paso. El próximo paso debía ser la creación del grupo especial, que analizaría los datos y formularía recomendaciones especiales basadas en el nivel de desarrollo del país en cuanto a las reglamentación. Se señaló que los países podrían dividirse en tres grupos básicos: países que se encuentran en las etapas iniciales del desarrollo de su estructura reglamentaria, países en una etapa intermedia y países con estructuras reglamentarias más avanzadas. Además, se sugirió que el comité especial debía formular recomendaciones sobre el número, las fechas y el contenido de los talleres. También se propuso que la OPS quizá considerara la posibilidad de establecer un marco normativo regional o “sello de aprobación”, al cual podrían unirse los países si así lo

deseaban. La ejecución de un marco de este tipo sería menos costoso para los países pequeños y además facilitaría la armonización internacional de los reglamentos.

El Comité expresó su agradecimiento al Gobierno del Canadá por la preparación del documento y por el apoyo prestado a la Organización y a diversos Estados Miembros en materia de reglamentación de los dispositivos médicos. El Delegado de Canadá dijo que su delegación agradecía la oportunidad de trabajar con la Oficina al redactar el documento y la experiencia había resultado tanto enriquecedora como estimulante. También extendió una invitación a los países de América Latina y el Caribe para asistir a la próxima reunión del GHTF, que se celebraría en Ottawa (Ontario, Canadá) en septiembre de 2000.

El Sr. Hernández aseguró al Comité que la OPS promovería la participación en la reunión del GHTF de septiembre, donde se esperaba que una sesión especial estuviese dedicada a las necesidades de los países de América Latina y el Caribe. En cuanto a las observaciones concernientes a la importancia de los factores socioculturales, dijo que la OPS consideraba crucial lograr la presencia de los países de América Latina y el Caribe en el GHTF, precisamente porque podrían llevar una perspectiva diferente a los esfuerzos internacionales de armonización. La participación en el GHTF también permitiría a los países de América Latina y el Caribe beneficiarse de la experiencia de los países que tenían sistemas reglamentadores bien desarrollados, de manera que no tendrían que establecer toda una infraestructura a partir de cero. En respuesta a una pregunta sobre las normas y el programa modelo, dijo que las normas se habían concebido para ayudar a los países a elaborar reglamentos y normas para los dispositivos médicos, mientras que el programa modelo aportaba un enfoque para establecer un programa normativo destinado a los países que ya habían formulado reglamentos.

Hablando a petición del Director, el Dr. Daniel López Acuña (Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud) recalcó que la reglamentación de los bienes y los servicios de salud era una función clave de los ministerios de salud. La OPS consideraba la reglamentación de los dispositivos y el equipo médicos un aspecto esencial de la rectoría de los ministerios de salud y alentaba encarecidamente a los países a que la incorporaran en sus procesos de reforma sectorial. El trabajo de la Organización en el ámbito de la reglamentación de los dispositivos médicos formaba parte del esfuerzo general para fortalecer la rectoría y la capacidad reglamentadora de los ministerios de salud, que los Cuerpos Directivos habían determinado como área prioritaria de acción para la OPS.

El Director se hizo eco de las observaciones del Dr. López Acuña, al recalcar que la Organización y sus Estados Miembros debían resistir cualquier tendencia a disminuir la

función crítica de los ministerios de salud al guiar y reglamentar las actividades en el sector sanitario. En cuanto a la sugerencia de que la OPS podría implantar un marco normativo regional, opinó que no sería apropiado que la Organización asumiera esa tarea. No era un cuerpo supranacional que pudiese imponer reglamentos a los países. La OPS podría servir mejor a los países asesorando a los ministerios de salud en cuanto a las mejores prácticas y brindando apoyo y orientación en las actividades para lograr la armonización de la reglamentación de los dispositivos médicos.

El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE126.R8
Armonización de la reglamentación farmacéutica (documentos CE126/15 y CE126/15, Corrig.)

La Sra. Rosario D'Alessio (Asesora Regional, Servicios Farmacéuticos, OPS) resumió el documento sobre este punto, que había sido preparado originalmente por el Gobierno de los Estados Unidos de América para la 34.^a sesión del SPP. La iniciativa de armonización de la reglamentación farmacéutica era similar a la iniciativa de reglamentación de dispositivos médicos en el sentido de que el objetivo era asegurar la disponibilidad de preparaciones farmacéuticas seguras, eficaces y de buena calidad en la Región. El interés en la armonización de los reglamentos de medicamentos se había renovado en años recientes con la ampliación de los mercados mundiales y el movimiento hacia la integración económica, que había ido acompañada de una conciencia creciente de que, en la comercialización de los productos sanitarios, las consideraciones de salud debían prevalecer sobre las económicas. La armonización podría definirse como la búsqueda del punto de confluencia en un marco de normas internacionales reconocidas, teniendo en cuenta las diferencias sanitarias, las situaciones políticas y las realidades legislativas en los países de las Américas.

En el documento se describían las principales iniciativas de armonización en marcha en el ámbito internacional y en la Región. La Conferencia Internacional sobre la Armonización de los Requisitos Técnicos aplicables al Registro de Sustancias Farmacéuticas para Uso Humano (ICH) reunía a las autoridades normativas de Europa, Japón y los Estados Unidos para buscar maneras de mejorar, mediante la armonización, la eficiencia del proceso de desarrollar y registrar los productos medicinales en esas tres regiones. Dentro de la Unión Europea, la Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos (EMEA) se había establecido para facilitar el registro de las preparaciones farmacéuticas y la armonización de los reglamentos farmacéuticos en los 15 países miembros. La Conferencia Internacional de Organismos de Reglamentación Farmacéutica (CIORF), convocada por la OMS cada dos años desde 1980, pretendía promover la armonización, el intercambio de información y el desarrollo de enfoques colaborativos a los problemas de interés para las autoridades de reglamentación farmacéutica en todo el mundo.

En las Américas, el debate en torno a la armonización se estaba dando principalmente en el marco de las cinco iniciativas subregionales de integración: el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), el Mercado Común del sur (Mercosur), el Sistema de Integración Centroamericana (SICA), la Comunidad del Caribe (CARICOM) y el Grupo Andino. La Sra. D'Alessio esbozó los adelantos que se habían logrado en cada subregión y mencionó algunos de los obstáculos que habían impedido seguir avanzando, por

ejemplo: la falta de voluntad política para apoyar los cambios necesarios para ejecutar los convenios de armonización, la escasez de recursos humanos adiestrados para aplicar y hacer cumplir dichos cambios, las altas tasas de recambio del personal en los organismos de reglamentación farmacéutica y los recortes presupuestarios y las limitaciones de recursos.

La Organización había convocado una serie de conferencias panamericanas sobre la armonización de la reglamentación farmacéutica entre 1997 y 1999, las cuales habían procurado promover el intercambio y el diálogo entre los cinco grupos subregionales e incluir a países que no formaban parte de esos grupos. Las conferencias panamericanas habían conducido al establecimiento de la Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica, que se reunía cada dos años, y el Comité Directivo de esta, que continuaba los trabajos entre las conferencias. La OPS servía como secretaria de la Red, que era un foro de debate en el cual participaban no solo las autoridades farmacéuticas normativas nacionales, sino también representantes de la industria farmacéutica, grupos de consumidores, la comunidad académica y asociaciones profesionales. La primera reunión de la Red había tenido lugar en abril de 2000. En esa ocasión, los participantes habían aprobado un plan de trabajo para el período 2000-2001, que se anexaba al documento CE126/15. El presupuesto total para ejecutar los diversos componentes del plan era de \$430.000.

El Comité Ejecutivo de la OPS expresó su apoyo a la Red y el plan de trabajo y encomió la función facilitadora de la Oficina. Se señaló, sin embargo, que no cabía esperar que la Organización asumiese la responsabilidad primaria ni proporcionase los recursos para impulsar la armonización de la reglamentación farmacéutica en las Américas. Los países debían estar dispuestos a comprometer los recursos indispensables y tomar las medidas necesarias para fortalecer su capacidad reglamentadora, mientras que la función de la OPS debía consistir en facilitar asesoramiento técnico y asistencia y servir de enlace para las actividades de armonización. También se recalcó que, al llevar a cabo el plan de trabajo, debían tenerse en cuenta las disparidades del grado de desarrollo de los países en materia reglamentadora. Un delegado comentó que el documento parecía recalcar principalmente los beneficios económicos de la armonización de la reglamentación farmacéutica e indicó que debía ponerse de relieve el concepto de los medicamentos como un bien social y el valor social de la armonización.

Se alentó a la Organización a conseguir de fuentes extrapresupuestarias, incluida la industria farmacéutica, el financiamiento necesario para el plan, aunque se subrayó la necesidad de lograr la transparencia y evitar la imposición de condiciones para el financiamiento. Varios delegados preguntaron por la razón del aumento sustancial del

presupuesto proyectado para ejecutar el plan de trabajo, observando que la cifra propuesta en la 34.^a sesión del SPP había sido de \$300.000.

La Sra. D'Alessio explicó que la cifra de \$300.000 se había calculado basándose en la versión preliminar del plan de trabajo presentada al Subcomité. El plan se había finalizado después de la reunión del SPP y era mucho más detallado, con más actividades, las cuales explicaban el aumento del presupuesto. La Organización buscaría, en efecto, financiamiento extrapresupuestario para poner en práctica el plan. De hecho, ya había recibido apoyo extrapresupuestario para las actividades de la Red de una variedad de fuentes, incluidos organismos gubernamentales y organizaciones no gubernamentales, universidades y asociaciones representativas de la industria farmacéutica. La OPS esperaba poder movilizar la suma completa de \$430.000 inmediatamente, para no tener que aplazar la ejecución de ninguna parte del plan de trabajo por falta de financiamiento.

Respondiendo a una pregunta en lo referente al monto del financiamiento proveniente del presupuesto ordinarios de la OPS que se usaría para apoyar la función de la Organización como secretaría de la Red Panamericana, la funcionaria señaló que, para el bienio 2000-2001, se habían asignado \$279.679 al rubro de medicamentos esenciales y \$90.000 al de armonización de la reglamentación farmacéutica. Además, señaló que otras actividades financiadas por el presupuesto ordinario de la OPS contribuían al mejoramiento de la inocuidad y la calidad de los medicamentos en los países, aunque dichos fondos no se asignaban explícitamente a actividades relacionadas con la Red. Finalmente, la Sra. D'Alessio reiteró el agradecimiento de la Oficina al Gobierno de los Estados Unidos por haber preparado el documento de trabajo sobre este punto.

El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE126R.9.

Salud de la niñez (documento CE126/16)

La Sra. Carol Collado (Coordinadora, Programa de Salud de la Familia y Población, OPS) empezó su ponencia señalando que el año 2000 brindaría la oportunidad de destacar la salud de la niñez porque se cumplía el décimo aniversario de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia. Varios acontecimientos próximos en la Región subrayarían la importancia de la salud de la niñez, en particular la quinta Reunión Ministerial sobre los Niños y la Política Social, a celebrarse en Jamaica en octubre de 2000, la cual emprendería un examen decenal y formularía recomendaciones para la sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas para el seguimiento de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, programada para septiembre de 2001. Esa sesión establecería un nuevo programa de trabajo

acerca de la salud infantil durante el próximo decenio. Además, el tema de “la niñez y la adolescencia” había sido adoptado como parte del orden del día de la décima Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y Presidentes de Gobierno, a celebrarse en Panamá en noviembre de 2000, y sería uno de los temas centrales de la próxima Cumbre de las Américas, que tendría lugar en Canadá en septiembre de 2001.

A continuación, la funcionaria resumió la situación de la salud infantil en la Región y describió la propuesta de la OPS de un marco de referencia y un plan regional de acción para lograr la salud y el desarrollo integrales del niño. Aunque se habían logrado grandes adelantos en el mejoramiento de la salud de la niñez desde la Cumbre Mundial, aún había retos pendientes. La situación de los niños en las Américas se caracterizaba por el ensanchamiento de las brechas de equidad; modelos de urbanización y migración que habían dejado a muchos niños y familias sin los sistemas tradicionales de apoyo social; cambios en la función del Estado con respecto a la prestación de servicios de salud; servicios de salud que se limitaban a responder a la demanda, principalmente de atención curativa, y tenían una capacidad limitada para responder adecuadamente, remitir pacientes o incorporar actividades de promoción de la salud; y la aparición de nuevos problemas, como el SIDA, al lado de los problemas más viejos, aún no resueltos, como las carencias nutricionales y las enfermedades vinculadas con la pobreza y el subdesarrollo.

En respuesta a esa situación, y teniendo en cuenta los éxitos y los fracasos del último decenio, la OPS proponía avanzar apoyándose en un modelo para el desarrollo integral del niño, que tuviese a la salud como elemento fundamental. Dicho modelo incorporaría una serie de medidas para promover el desarrollo biopsicosocial sano por conducto de puntos de acceso múltiples y a diversos niveles: individual, familiar, comunitario, de población y de los sistemas y servicios de salud. La puesta en práctica del modelo requeriría la formulación de un plan regional de acción. En el documento examinado se describían los principios, los objetivos estratégicos y las líneas de acción que formarían la base del plan.

Las principales líneas de acción propuestas para la OPS, además de la preparación del plan regional, eran la gestión y difusión de información; la promoción de investigaciones; el establecimiento de alianzas estratégicas; la concepción, puesta a prueba y fortalecimiento de mecanismos de promoción de la causa, coordinación y comunicación; la elaboración y evaluación de herramientas y modelos para la ejecución y evaluación de estrategias de promoción de la salud; la creación de oportunidades de aprendizaje para el personal sanitario y en la formación y la especialización del futuro personal; y la movilización de los recursos. El cálculo preliminar del presupuesto requerido para elaborar y “arrancar” la ejecución del plan regional era de \$1.000.000.

El Comité Ejecutivo encomió, como lo había hecho en su oportunidad el Subcomité de Planificación y Programación, el enfoque holístico de la salud de la niñez preconizado en el documento y manifestó su apoyo decidido a la formulación de un plan regional basado en el modelo conceptual de la salud integral de la niñez. Se recalcó que la salud de la niñez debía verse como parte del proceso continuo de crecimiento y desarrollo en todo el ciclo de vida y que esa inversión en la salud de la niñez daría por resultado adultos más sanos y productivos, con lo cual rendiría beneficios sociales y económicos a los países. Se subrayó la necesidad de una actuación multisectorial y multidisciplinaria. Diversos delegados describieron las actividades que se estaban llevando a cabo en sus países para mejorar y promover la salud y el desarrollo del niño. Algunos mencionaron también que sus países habían hecho suya oficialmente la iniciativa de “Niños sanos: la meta del 2002”, que para ese año se proponía disminuir en 100.000 las defunciones de niños menores de 5 años en la Región.

El Comité señaló varias áreas que debían fortalecerse en el documento e incorporarse en el plan de acción; también alentó a la Oficina a que empezara a elaborar indicadores para el monitoreo y la evaluación del plan después de su ejecución. Una mejora que se sugirió fue la de hacer más hincapié en la actividad física de los niños. Como se había señalado en el debate acerca de las enfermedades cardiovasculares, era imprescindible fomentar la adopción de hábitos sanos como el ejercicio durante la niñez para prevenir ciertos problemas en etapas posteriores de la vida. Varios delegados subrayaron también la necesidad de destacar los nexos entre la salud del niño y la salud materna, familiar y comunitaria, así como aumentar la conciencia sobre la responsabilidad social y del Estado con respecto a la promoción y protección de la salud de los niños. También se recalcó la necesidad de prestar una mayor atención a la salud y el desarrollo de los niños preescolares, quienes con frecuencia tenían menos contacto formal con los servicios de salud que los niños menores y mayores que ellos. Además, se señaló que el documento debía aclarar cómo se complementarían recíprocamente el plan regional y la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI).

Se señaló que, además de los acontecimientos mencionados por la Sra. Collado, los países tendrían otra oportunidad de aportar información para confeccionar un programa regional de trabajo en materia de salud de la niñez con motivo de la reunión de los ministros de salud que se celebraría en octubre, antes de la Cumbre Iberoamericana de noviembre de 2000. El debate del Comité Ejecutivo y la consideración posterior del tema de la salud de la niñez en el 42.º Consejo Directivo serían importantes al configurar las recomendaciones que los ministros de salud transmitirían a los jefes de Estado y de gobierno en la Cumbre.

La Sra. Collado observó que era claro el consenso acerca de la importancia prioritaria de la salud de la niñez y la necesidad de avanzar, basándose en el progreso logrado durante el decenio transcurrido desde la Cumbre Mundial. El Comité Ejecutivo había formulado excelentes observaciones, que la Oficina tendría en cuenta al revisar el documento y elaborar el plan regional. Al preparar el plan, la Oficina seguiría recurriendo a los Estados Miembros para beneficiarse de sus conocimientos y experiencias.

El Director recalcó que la OPS estaba actuando con sumo cuidado para que sus actividades se armonizaran con las iniciativas regionales y mundiales en el área de la salud de la niñez. Además, seguiría colaborando estrechamente con otros organismos en la elaboración del programa de acción con respecto a la salud de la niñez durante el próximo decenio. Señaló que en el debate del Comité se había hecho gran hincapié en mejorar la salud de la niñez como una inversión en el futuro. Si bien era verdad que una mejor salud de la niñez conduciría a una mejor salud en la edad adulta, no debía pasarse por alto que la atención a la salud y desarrollo del niño, por sí misma, contribuiría al desarrollo económico. Había amplias pruebas de que el mejoramiento de la salud en cada etapa de la vida, desde la niñez hasta la vejez, tenía una repercusión positiva sobre el bienestar económico de los países, lo cual constituían un argumento más a favor de los planes para promover la salud en todo el ciclo de vida.

El Comité aprobó la resolución CE126.R17 sobre este punto.

Funciones esenciales de salud pública (documento CE126/17)

El Dr. Daniel López Acuña (Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, OPS) informó que las funciones esenciales de salud pública (FESP) eran un aspecto de la iniciativa "La salud pública en las Américas", lanzada por el Director al comienzo de su segundo mandato. Entre otras metas, la iniciativa pretendía elaborar un marco para medir el grado en que se llevaban a cabo las FESP y, basándose en dichas medidas objetivas, evaluar la práctica de la salud pública en todos los países de las Américas. Los productos de la iniciativa serían un plan continental de acción para fortalecer la infraestructura y la práctica de la salud pública, así como una publicación en 2002 que contendría métodos de estudio, análisis comparativos de los resultados y medidas propuestas.

El Dr. López Acuña explicó que la salud pública no era sinónimo de las actividades desplegadas por el Estado en asuntos de salud, porque otros sectores de la sociedad también participaban en la salud pública y porque el Estado tenía responsabilidades más amplias como parte de su función rectora. Si bien la salud pública incluía la responsabilidad de

garantizar el acceso a la atención de salud y la calidad de esta, no abarcaba forzosamente la prestación de servicios sanitarios. Las funciones esenciales de salud pública eran los elementos estructurales que era preciso implantar para proteger la salud. Dichas estructuras debían existir para poder llevar a cabo intervenciones eficaces de salud pública. Las medidas de desempeño que se crearían servirían para evaluar la capacidad institucional de realizar las FESP, así como la observancia de las normas para la intervención.

Basándose en estudios anteriores efectuados por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) y la OMS, la OPS se había propuesto determinar las FESP cuya realización debía vigilarse en la Región. Las 12 funciones esenciales que se determinaron se definían en el documento CE126/17. En colaboración con los CDC y el Centro Latinoamericano de Investigaciones en Sistemas de Salud (CLAISS), la OPS había ideado un instrumento para medir las mencionadas funciones en las Américas. Se distribuyó a los miembros del Comité un documento que contenía la versión de prueba de ese instrumento (*Instrumento de nivel nacional para medir las funciones esenciales de salud pública*). El instrumento se había sometido a un examen amplio por expertos y se había usado en estudios piloto realizados en Bolivia, Colombia y Jamaica, los cuales habían revelado que era factible usar los indicadores, normas y mediciones contenidos en el documento para cada una de las funciones. Las estrategias para llevar a cabo el proceso de medición variarían entre los países. La autoridad sanitaria nacional sería el interlocutor principal, pero también se necesitarían los puntos de vista locales y del sector no gubernamental. Debía tenerse presente que el proceso de medición era una determinación interna, no una evaluación externa. Los resultados permitirían a cada país trazar un punto de comparación para sus esfuerzos por mejorar la práctica de la salud pública.

El Comité expresó su apoyo decidido a la iniciativa "La salud pública en las Américas" y a la función de liderazgo de la OPS en la gestión del análisis del desempeño. Al examinar los indicadores y las normas, podrían determinarse los puntos débiles en la infraestructura de salud pública y de esta manera podrían dirigirse los recursos para corregirlos. La información recopilada por medio del instrumento de evaluación podría ayudar al personal de salud pública a negociar eficazmente el financiamiento para las prioridades de salud pública. Sin embargo, se señaló que, al margen de la calidad del instrumento, este no sería eficaz a menos que se usara constantemente. Para estimular su uso continuo, el instrumento debía ser lo más sencillo posible, y los países debían formar comités de alto nivel para hacer el seguimiento de los estudios iniciales. La Organización también debería seguir dedicando el tiempo y los recursos necesarios a este proyecto complejo y hacer de él una actividad permanente. Se solicitó más información sobre el futuro del

proyecto. Para aliviar la carga de las evaluaciones en los países, se instó a la OPS a que utilizara tanto como fuese posible los datos ya recopilados de los gobiernos nacionales para otras finalidades, en lugar de volver a solicitar los mismos datos. Habría que aprovechar a las escuelas de salud pública para que impartiesen la cantidad enorme de adiestramiento que se necesitaría para llevar a cabo las actividades de evaluación.

Se señaló que algunos sistemas de salud en la Región se basaban en el concepto de la salud como una mercancía, mientras que otros se basaban en la idea de la salud como un derecho. Ambos puntos de vista debían incorporarse en la documentación sobre las funciones esenciales de salud pública, para que los indicadores elaborados no estuviesen sesgados por los supuestos de cualquier tipo de sistema. Además, el documento que habría de prepararse para el Consejo Directivo debía dar una definición más clara y completa de "salud pública" y lo que esta abarcaba. Un delegado hizo notar que la iniciativa para mejorar la práctica de la salud pública formaba parte del movimiento de reforma sanitaria en la Región, que, entre otros objetivos, pretendía aumentar la equidad en el acceso a la atención de salud. Por consiguiente, la atención del paciente en forma individual podría considerarse una función básica de salud pública.

Se sugirieron varios cambios en cuanto a la lista de funciones esenciales de salud pública en el documento CE126/17. La función 3.8, "desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública", quizás podría ampliarse para abarcar los recursos financieros, que no se mencionaban en la lista. Las funciones 3.5 y 3.11 podrían combinarse, ya que ambas tenían que ver con la planificación, la gestión y las responsabilidades de reglamentación con respecto a la práctica de la salud pública. Finalmente, se sugirió que la redacción de la función 3.7 se cambiara para indicar que hay que garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud necesarios, en lugar de sólo promover el acceso equitativo.

El Dr. López Acuña respondió que la Oficina ya había considerado la posibilidad de fusionar las funciones 3.5 y 3.11, sobre la base de los resultados de los estudios piloto. La OPS estaba también enterada de la necesidad de que el proceso de evaluación concentrase más atención en el contexto financiero de la práctica de la salud pública. El instrumento se refinaría para permitir un mejor seguimiento y la medición de los gastos de salud pública.

El funcionario estuvo de acuerdo en que tanto el documento preparado para el Consejo Directivo como el instrumento de evaluación debían tener en cuenta las diferencias entre los sistemas sanitarios basados en el concepto de la salud como bien de consumo y los que la consideraban como un derecho. Debía recalcar que el instrumento ayudaría al Estado a fortalecer su función proporcionando bienes públicos o semipúblicos con

externalidades altas, independientemente del tipo de sistema de salud. Se había tomado nota de la sugerencia de dar una definición más completa de "salud pública" para ayudar a la comprensión de las funciones esenciales. El que la prestación directa de servicios de salud se considerase o no una función esencial de salud pública dependía del punto de vista de cada país y del tipo de sistema sanitario. La importancia de fortalecer el acceso equitativo a los servicios de salud, independientemente de quién los proporcionaba, se reflejaría en los indicadores.

En lo referente al futuro del proyecto, informó que, si el Consejo Directivo lo aprobaba, las iniciativas de capacitación dirigidas por los CDC pronto empezarían en todas las subregiones y culminarían en la aplicación masiva del instrumento en la primera mitad de 2001. El siguiente paso sería el análisis comparativo de los resultados, que se publicarían en 2002 junto con un plan regional para fortalecer la infraestructura de salud pública. Se necesitaban formas imaginativas de movilizar los recursos. Además del financiamiento, el personal adiestrado era esencial, y era acertada la sugerencia de que participasen las escuelas de salud pública. Agradeció a los CDC su colaboración continua en el proyecto.

La Organización procuraría que no se duplicasen las solicitudes de los mismos datos. Sin embargo, confiaba en que los países considerasen el instrumento no solo como la mera recopilación regional de datos, sino como una oportunidad de autoevaluación. Los resultados proporcionarían la base para modificar la legislación sanitaria caduca y pondría de manifiesto los puntos débiles infraestructurales a fin de poder dirigir las inversiones a donde fuesen necesarias.

El Director opinó que competía a la Organización hacer suyo este proyecto y esmerarse en llevarlo hasta su audaz meta. Era imprescindible no solo definir las funciones esenciales de salud pública en las Américas, sino determinar cómo se estaban ejecutando. La Organización no impondría este proyecto a los países; si les parecía útil, la OPS colaboraría con ellos para llevar a cabo la evaluación y luego les ayudaría a aplicar los resultados. Esperaba que el libro sobre el estado de la salud pública en las Américas se publicase en el año del centenario de la OPS y que reflejase el legado de la labor de la Organización.

El Comité aprobó la resolución CE126.R18.

Paludismo (documento CE126/18)

El Dr. Renato Gusmão (Asesor Regional en Enfermedades Transmisibles, OPS) informó al Comité de que el número anual de casos de malaria en la Región había aumentado

extraordinariamente en los cuarenta años últimos. En 1990, la enfermedad era endémica en 21 países y, según los registros nacionales, estaban infectadas 1,1 millones de personas. En 1992, los países de las Américas habían adoptado la Estrategia Mundial de Lucha contra el Paludismo, que se basaba en cuatro principios: mejor acceso al diagnóstico y tratamiento tempranos; la aplicación de medidas preventivas, incluido el control de vectores; la detección y contención inmediatas de las epidemias; y el fortalecimiento de la capacidad epidemiológica. A pesar de extraordinarias mejoras logradas en las dos últimas áreas, la situación de la malaria en los países afectados había cambiado muy poco o había empeorado en 1999, a juzgar por el índice parasitario anual (IPA) por 1.000 habitantes en las zonas maláricas, tanto de *Plasmodium falciparum* como de *P. vivax*. Por otro lado, se lograron adelantos en el tratamiento de la enfermedad en los seres humanos, y la mortalidad por malaria por *P. falciparum* (la forma más grave) descendió netamente entre 1994 y 1999. Ese éxito era atribuible a una mejor capacidad epidemiológica y a las nuevas políticas de medicamentos antimaláricos, que incorporaban medicamentos de segunda y de tercera generación que eran eficaces contra las cepas resistentes del parásito.

La Estrategia Mundial de Lucha contra el Paludismo había demostrado que había maneras eficaces en función de los costos de reducir la carga social de la malaria. Sin embargo, la existencia continua de limitaciones al control de la malaria exigía un nuevo enfoque. Los problemas que persistían eran la renuencia a integrar el control de la malaria en los servicios de salud generales; la falta de recursos humanos adiestrados a nivel local para aplicar las estrategias de control de la malaria; la carencia de métodos eficaces de control de la transmisión; y la falta de coordinación intersectorial de las actividades de control. Se solicitó el apoyo del Comité Ejecutivo en momentos en que los países emprendían la iniciativa "Hacer retroceder el paludismo" (HRP) de la OMS.

La iniciativa HRP era un movimiento social y político enderezado a coordinar las actividades que estaban ya en marcha, a fin de aumentar su eficacia. El componente menos desarrollado en la lucha contra la malaria había sido siempre el control de la transmisión, pero ya se contaba con nuevas técnicas y tecnologías para su uso a nivel de los servicios de salud locales. Se necesitaba urgentemente el apoyo político para capacitar a las personas que trabajaban a nivel local, así como el cumplimiento continuo de las normas sobre medicamentos antimaláricos, el monitoreo de la eficacia de los medicamentos y las investigaciones técnicas y operativas. La resolución que se sometía a la consideración del Comité hacía un llamado a la coordinación y participación eficaz en la iniciativa por todos los sectores de la sociedad, a objeto de mejorar la capacidad de los países de administrar los recursos que ya tenían y de aplicar los adelantos técnicos logrados en los años noventa.

El Comité apoyó la iniciativa "Hacer retroceder el paludismo" y los principios de la Estrategia Mundial. Algunos Miembros cuyos países estaban afectados por la enfermedad describieron brevemente la situación y el programa de control nacional correspondientes. En Guyana, la aparición de farmacorresistencia se vio favorecida por el incumplimiento y la interrupción del tratamiento y porque las empresas mineras y madereras facilitaron medicamentos de manera indiscriminada a los trabajadores. En Nicaragua, el enfoque integrado de los servicios de salud había desembocado en un mejor tratamiento y conocimiento de la situación epidemiológica, pero el control de vectores seguía siendo el problema principal. El tratado recientemente firmado acerca de los contaminantes orgánicos persistentes reconocía la necesidad del uso continuo del DDT en forma limitada por razones de salud pública, hasta que se pudiesen aplicar otras soluciones alternativas.

El Comité recalcó que la iniciativa "Hacer retroceder el paludismo" exigía un enfoque multisectorial bajo el liderazgo del sector de la salud y con una intensa participación comunitaria como una manera de reducir las cargas sociales y económicas de la enfermedad. Se sugirió que, debido a la complejidad de la estrategia, habría que realizar talleres subregionales para examinar la ejecución de la iniciativa HRP y permitir a los países intercambiar experiencias. En particular, los resultados de las investigaciones técnicas y operativas que se estaban llevando a cabo a nivel mundial debían difundirse ampliamente para no "reinventar la rueda". El Comité señaló que a la OPS le correspondía un papel importante de coordinación en toda la Región.

El Dr. Gusmão dijo que las observaciones del Comité subrayaban la necesidad del enfoque de la iniciativa HRP. El hecho de que los intereses económicos (como los de las empresas mineras y madereras en Guyana) fuesen un factor contribuyente en la situación de la malaria demostraba que el sector de la salud no podía combatir esta enfermedad por sí solo. Nicaragua había producido herramientas técnicas eficaces, especialmente en cuanto a la vigilancia epidemiológica, pero tanto por razones sociales como por razones relacionadas con las características biológicas del vector, el control de la transmisión seguía siendo un problema cuya resolución requeriría la participación tanto del sector sanitario como de las comunidades locales. En lo referente a las investigaciones, la Región seguiría buscando respuestas en las investigaciones en curso en todo el mundo, pero los problemas particulares de la evolución de la situación de la malaria en las Américas solo podrían resolverse mediante investigaciones efectuadas dentro de la Región. Por consiguiente, las investigaciones operativas y técnicas seguirían figurando entre las seis prioridades de la iniciativa HRP en las Américas. El funcionario recalcó la necesidad de la voluntad política a los niveles más altos a fin de coordinar los esfuerzos de control de la malaria de diversos sectores, de tal manera que los grupos subatendidos tuviesen un mejor acceso a los servicios.

El Director señaló que el éxito de la iniciativa dependía de las actividades de los servicios de salud, ya que el objetivo de movilizar la voluntad política y la participación comunitaria era asegurar que los servicios pudieran hacer su tarea. La intención de la iniciativa "Hacer retroceder el paludismo" no era proporcionar a los países cantidades grandes de dinero provenientes de fuentes de financiamiento externas. Más bien, se centraría en movilizar recursos —financieros, sociales, políticos y de otro tipo— que ya existían al nivel local. La OPS podría orientar en la orquestación de los recursos y facilitar el intercambio de experiencias y la difusión de nueva información. También seguiría promoviendo la investigación y el desarrollo de medicamentos nuevos y, posiblemente, de una vacuna. Los países también tenían que continuar las actividades que habían estado llevando a cabo en los diez últimos años. Se habían logrado adelantos, aunque lentamente, como lo demostraba la reducción de la mortalidad por malaria.

El Comité aprobó la resolución CE126.R19.

Agenda compartida de la OPS/BID/Banco Mundial en pro de la salud en las Américas (documento CE126/19)

La Dra. Irene Klinger (Jefa, Oficina de Relaciones Externas, OPS) reseñó los antecedentes y describió las características de la agenda compartida. El Director, a finales de 1998, había contactado inicialmente al Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y al Banco Mundial con la propuesta de elaborar una agenda común para la cooperación sanitaria. La propuesta fue aceptada, y se acordó que los organismos de asistencia bilateral con el tiempo participarían en la iniciativa. Durante 1999 se había celebrado una serie de reuniones interinstitucionales para decidir sobre los condiciones del acuerdo, y en octubre de ese año se había preparado una versión preliminar.

El convenio definitivo se había firmado el 22 de junio de 2000 y contemplaba cuatro “áreas de liderazgo” en las cuales los organismos colaborarían inicialmente: medicamentos; salud pública y vigilancia de enfermedades; ambiente; y cuentas sanitarias nacionales. Esa colaboración procuraría apoyar los procesos de reforma sanitaria, el fortalecimiento institucional de los programas de salud pública y el fortalecimiento del liderazgo de las autoridades sanitarias en las áreas del desarrollo que tenían que ver con la salud. Se había creado un grupo de coordinación interinstitucional que se reuniría mensualmente para compartir información y buscar otras posibilidades de actuación conjunta. Además, se constituyeron grupos de trabajo en cada área de liderazgo para elaborar un plan de trabajo e

informar al grupo de coordinación para que este examinase los asuntos y decidiera cómo seguir adelante.

La agenda compartida se basaba en los valores y los objetivos comunes en lo que se refiere a la salud, a saber: contribuir eficazmente a mejorar la salud de los pueblos de las Américas; reducir y eliminar las inequidades en la situación sanitaria y en el acceso a los servicios de salud y saneamiento básico; fortalecer y mejorar la eficiencia y la eficacia de los servicios de salud; y estimular una mayor sinergia entre la salud y el desarrollo social y económico.

En la declaración acerca de la agenda compartida, que la Dra. Klinger distribuyó al Comité, la OPS, el BID y el Banco Mundial estaban de acuerdo en promover activamente la agenda compartida para la salud en las Américas, establecer un mecanismo permanente para identificar las oportunidades para la acción coordinada y complementaria (el grupo de coordinación) e invitar a otros actores interesados a colaborar activamente.

El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el convenio de colaboración entre la OPS, el BID y el Banco Mundial y encomió al Director por el papel crucial que había desempeñado al promover y elaborar la agenda compartida. Se señaló que, como los Estados Miembros aportaban a los presupuestos de los tres organismos, tenían derecho a esperar que estos actuaran mancomunadamente. No obstante, se reconoció que no era fácil lograr la cooperación y colaboración de organismos que tenían diferentes orientaciones, estructuras institucionales y procedimientos administrativos. El Comité opinó que la agenda compartida permitiría a las tres instituciones complementar recíprocamente sus actividades y evitar repetición de esfuerzos, al tiempo que se maximizaban los puntos fuertes de cada organismo. Se alentó a la OPS a que siguiera desarrollando la agenda y la tradujese en hechos concretos, especialmente a nivel de país. También se la instó a explorar las posibilidades de que organismos bilaterales participasen en la aplicación de la agenda.

La Dra. Klinger recalcó que a la Organización le interesaba sobremanera promover que, a nivel de país, la agenda se tradujera en medidas concretas. Uno de los objetivos primarios de la OPS al elaborar la agenda había sido responder mejor a las necesidades sanitarias de los Estados Miembros. Por ese motivo, los organismos habían acordado colaborar inicialmente en las cuatro áreas de liderazgo, a fin de lograr resultados concretos a corto plazo. Los directores de los tres organismos también habían dirigido una carta conjunta a sus representantes en los países para informarles acerca de la agenda y darles instrucciones de que buscasen formas de transformarla en medidas concretas a nivel local. En cuanto a la participación de los organismos binacionales, la Agencia de los Estados Unidos para el

Desarrollo Internacional (AID) ya estaba participando en el área de las cuentas sanitarias nacionales. Se invitaría a participar a otros organismos bilaterales, según fuese necesario, en las áreas que dominaban.

En respuesta a varias preguntas de los delegados, la funcionaria dijo que los grupos de trabajo en las áreas de liderazgo ya habían empezado a elaborar los planes y presentarlos al grupo coordinador. El grupo de trabajo sobre medicamentos había elaborado un plan de trabajo, que había sido aprobado por el grupo coordinador. El grupo de trabajo sobre salud pública y vigilancia de enfermedades tenía previsto presentar su plan la semana siguiente a la sesión del Comité Ejecutivo. También señaló que la agenda compartida respondía a los mandatos en la esfera sanitaria establecidos en las Cumbres de las Américas.

El Director observó que uno de los objetivos principales de la OPS al impulsar la agenda había sido ayudar a los otros organismos a alcanzar las metas que se habían fijado en la esfera social y, especialmente, en materia de salud. La OPS ocupaba una posición privilegiada para lograr esto porque conocía muy bien las necesidades sanitarias de los países y tenía una presencia fuerte en el sector de la salud a nivel nacional. Además, formaba parte del mandato de la Organización forjar tales alianzas estratégicas con otros organismos. La agenda compartida permitiría lograr que se tuviese en cuenta a la salud y que los proyectos de desarrollo financiados por el BID y el Banco Mundial impulsaran objetivos sanitarios, aunque no trataran específicamente la salud. Por ejemplo, sería perfectamente factible incluir un componente de educación sobre el SIDA en un préstamo grande para educación. La agenda también ayudaría a simplificar los procedimientos administrativos, lo cual facilitaría enormemente la participación de la OPS en los proyectos financiados por el BID o Banco Mundial que tuviesen un componente de salud. El Director recalcó, sin embargo, que la OPS no tenía ningún interés financiero en la agenda compartida; más bien, el objetivo de la Organización era procurar que las actividades relacionadas con la salud financiadas por los otros dos organismos se hicieran bien.

El Director dijo estar sumamente complacido de que el complejo proceso de negociaciones y debates trilaterales durante los dos años precedentes hubiese fructificado con la firma del convenio sobre la agenda compartida. Deseaba expresar públicamente su agradecimiento al Sr. Enrique Iglesias, Presidente del BID, y al Sr. David de Ferranti, Vicepresidente Regional para América Latina y el Caribe del Banco Mundial, por la seriedad y la voluntad con la cual habían acometido esta empresa. Agradeció también a los numerosos funcionarios de las tres instituciones que habían dedicado mucho tiempo y trabajo a conformar la redacción y el contenido de la agenda.

El Comité tomó nota del informe y el debate acerca de la agenda compartida, pero no consideró necesario aprobar una resolución sobre este punto del orden del día (decisión CE126[D6]).

Centenario de la Organización Panamericana de la Salud (documento CE126/20)

La Sra. Bryna Brennan (Jefa, Oficina de Información Pública, OPS) resumió las actividades que se estaban planificando para conmemorar el centenario de la OPS en 2002. Esta sería una buena oportunidad no solo para los cien años de la Organización, sino también para renovar el compromiso con la meta de salud para todos, aumentar el conocimiento del público sobre la importancia de la salud pública, forjar nuevas alianzas y promover la equidad y el panamericanismo. El objetivo era organizar celebraciones en toda la Región y a lo largo de todo el año. Entre los sucesos claves en los que se conmemoraría el centenario durante el año 2002 se cuentan conferencias de prensa celebradas en enero, tanto en la Sede como en los países, con motivo del inicio de la conmemoración; el Día Mundial de la Salud, en abril; la Conferencia Sanitaria Panamericana, en septiembre; y el aniversario de la fundación de la OPS, el 2 de diciembre. El tema del centenario, elegido por el personal de la Organización, sería “Celebrando 100 años de salud”.

Se crearían varias estructuras para apoyar y facilitar las celebraciones del centenario. El Director establecería la Junta del Centenario, compuesta de 10 a 15 personalidades reconocidas internacionalmente. También se designarían “campeones de la salud” —figuras del mundo de los deportes, músicos, actores y otras celebridades que actuarían como embajadores de la salud—, así como “héroes de la salud” personas que hayan efectuado contribuciones sustanciales a la salud pública de la Región. Se invitaría a los países a que presentaran nombres de las personas que recibirían reconocimientos en cada categoría. Los Representantes de la OPS/OMS establecerían comités nacionales, que incluirían representantes no solo del sector de la salud sino de una sección amplia de la sociedad de los países, para proponer nombres y planificar otras actividades conmemorativas a nivel de país. La Oficina había identificado los siguientes públicos destinatarios para las actividades del centenario: el sector de la salud, las comunidades científicas y académicas, los funcionarios de la OPS y el público en general.

La Sra. Brennan distribuyó ejemplares del *Manual de celebraciones del centenario*, que contenía información más detallada acerca de las actividades previstas, así como sugerencias sobre cómo podría conmemorarse el centenario de la Organización en los países. Pueden solicitarse a la Oficina ejemplares de la publicación.

El Comité Ejecutivo expresó su apoyo a las ideas propuestas para celebrar el centenario de la OPS, en especial las actividades encaminadas a promover y aumentar los conocimientos del público sobre la importancia de la salud pública. A este respecto, se sugirió que los “héroes de la salud” quizás deberían llamarse “héroes de la salud pública”, puesto que los criterios para su selección que se daban en el manual se referían todos a la salud pública. Se planteó la posibilidad de reconocer igualmente a algunos “antihéroes” —las personas que viven con enfermedades— como un medio más de destacar las inquietudes de salud pública. Se instó a la Oficina a que utilizara el tiempo que quedaba antes de la fecha del centenario para lograr que las actividades previstas fuesen ricas en contenido y no fuesen únicamente festejos. Al mismo tiempo, se recalcó que los cien años de la OPS deberían conmemorarse con la seriedad y solemnidad propias de una organización de su estatura e importancia en la Región. Un delegado recomendó que la Oficina considerara la posibilidad de emitir una publicación resumiendo los logros en salud que la Organización había ayudado a alcanzar en la Región. Otro delegado sugirió que el día del aniversario, el 2 de diciembre de 2002, debía ser conmemorado por todos los países en conjunto en ceremonias efectuadas al mismo tiempo en toda América. Varios delegados opinaron que, además de los públicos destinatarios nombrados en el documento, la OMS debería participar en la celebración del centenario de la OPS.

La Sra. Brennan agradeció a los delegados sus observaciones y sugerencias, agregando que la Oficina pediría a todos los países que planificaran la conmemoración del centenario de la Organización el 2 de diciembre de 2002, pero dejaría a criterio de cada país la forma y el estilo escogidos para conmemorar esa fecha.

El Director instó a todos los Estados Miembros a que indicaran los nombres de las personas para invitarlos a formar parte de la Junta del Centenario, que la Oficina esperaba hacer lo más representativa posible de la Región. Recalcó que el centenario debería ser una celebración de 100 años de salud en las Américas: es decir, no tanto una celebración de lo que OPS había hecho, sino de lo que los países habían realizado en la esfera de la salud con el apoyo de la OPS. En respuesta a una pregunta en cuanto al presupuesto para las actividades del centenario, dijo que la Oficina estaba muy consciente de la necesidad de mantener los gastos en niveles moderados. También señaló que algunas de las actividades propuestas, como la emisión de sellos de correo conmemorativos, requeriría mucho apoyo político y financiero a nivel de país.

El Comité Ejecutivo tomó nota de la ponencia y del debate subsiguiente, pero no consideró necesario aprobar una resolución sobre este tema (decisión CE126[D5]).

Asuntos administrativos y financieros

Informe sobre la recaudación de las cuotas (documento CE126/21 y CE126/21, Add. I)

El Sr. Mark Matthews (Jefe, Departamento de Presupuesto y Finanzas, OPS) informó que, al 31 de diciembre de 1999, la recaudación de las cuotas había totalizado \$80,0 millones, de los cuales \$51,8 millones representaban el pago de las cuotas de 1999 y \$28,2 correspondían a años anteriores. El 1 de enero de 2000, el total de los pagos atrasados de años anteriores al 2000 se situaba en \$46,6 millones. Los pagos recibidos entre el 1 de enero y el 23 de junio de 2000 habían reducido en 53% el total de los pagos en mora, es decir, a \$22,0 millones; esta es una cifra mayor que la correspondiente a 1999, de \$20,9 millones, y a la de 1998, que fue de \$18,5 millones.

Considerando la recaudación de las cuotas para 2000, 9 Estados Miembros habían liquidado la totalidad de sus contribuciones, 8 habían efectuado pagos parciales y 22 no habían efectuado ningún pago. Las recaudaciones representaban 27% de las cuotas señaladas para el año en curso; en años recientes, las cifras respectivas fueron de 25% en 1999, 25% en 1998 y 30% en 1997. En conjunto, la recaudación de los pagos atrasados y

las cuotas señaladas para el año en curso recibidas en 2000 sumaban \$48 millones, por comparación con \$45 millones en 1999 y \$54 millones en 1998.

El Sr. Matthews informó sobre los pagos atrasados, los planes de pago y los pagos más recientes recibidos de los Miembros atrasados en el pago de sus cuotas hasta tal punto que podrían estar sujetos a la aplicación de las disposiciones del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS. Ese artículo preveía la suspensión de los privilegios de voto en la Conferencia Sanitaria Panamericana o en una sesión del Consejo Directivo si un país estaba atrasado en el pago de sus cuotas en una cantidad equivalente a sus contribuciones de dos años completos. La Conferencia o el Consejo Directivo podría, sin embargo, permitir que el Estado Miembro votara si hubiese pruebas convincentes de que el incumplimiento en pagar se debía a condiciones fuera del control del país. Los Estados Miembros sujetos al Artículo 6.B eran Argentina, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Perú y República Dominicana. Cuba y Perú habían presentado planes de pagos diferidos que fueron aceptados por la Oficina en 1996 y 1999, respectivamente; ambos habían cumplido dichos planes.

El Delegado de Cuba expresó su desaliento de que su país todavía figurase entre los que estaban sujetos al Artículo 6.B, a pesar de que había cumplido escrupulosamente con su plan de pagos diferidos. El Sr. Matthews explicó que, debido al atraso en el pago de sus cuotas, Cuba estaba todavía técnicamente sujeta a la aplicación del Artículo 6.B, aunque la aceptación de su plan de pago significaba que sus privilegios de voto no se suspenderían.

El Director expresó su gratitud a Cuba, recalcando que sus esfuerzos para cumplir con las obligaciones correspondientes a sus cuotas eran un ejemplo que debían emular otros países. Señaló que el Consejo Directivo, en su 41.^a sesión en 1999, también había reconocido los esfuerzos de Cuba. Sin embargo, según declaró el Sr. Matthews, de conformidad con la Constitución de la OPS, Cuba seguía sujeta al Artículo 6.B, aunque sin duda sus privilegios de voto no se suspenderían.

El Comité aprobó la resolución CE126.R1 sobre este tema.

***Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo para 1998-1999
(Documento oficial 297)***

El Sr. Matthews reseñó el *Documento Oficial 297*, destacando las cifras claves para información del Comité. Un aumento sustancial en la recaudación de las cuotas correspondientes al bienio 1998-1999 había dado lugar a un excedente de ingresos sobre los gastos de \$6,4 millones en el presupuesto ordinario. Los saldos del Fondo para Bienes

Inmuebles y del Fondo de Trabajo se habían aumentado al máximo nivel autorizado. Los gastos totales de la Organización habían aumentado de \$432 millones en el bienio 1996-1997 a \$634 millones en 1998-1999. Entre las razones de este aumento sustancial se encontraban aumentos en las adquisiciones de vacunas y otros suministros en nombre de los Estados Miembros, y mayores gastos de los proyectos de fondos fiduciarios. Durante el bienio, se recibieron \$93 millones en financiamiento extrapresupuestario para los proyectos de fondos fiduciarios, y se gastaron \$106 millones de los fondos donados. Esas cifras destacaban la importancia de buscar fondos adicionales al presupuesto ordinario para ayudar a la OPS a que realizara su misión.

El Informe también contenía los estados financieros del 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). Durante 1998-1999, tanto el CAREC como el CFNI habían experimentado déficits netos de \$571.000 y \$392.000, respectivamente, en su presupuesto ordinario y su fondo de trabajo, en gran parte debido a los déficits en la recaudación prevista de las cuotas. Los gastos de fondos fiduciarios también disminuyeron durante el bienio. En cambio, el INCAP se encontraba en condiciones financieras sólidas, con ingresos que superaban los gastos en 1998-1999 y una tasa de recaudación de las cuotas (74%) mayor que en el bienio anterior (67%). Sin embargo, habían disminuido sus saldos de fondos fiduciarios, y el centro estaba explorando nuevas maneras de atraer proyectos financiados por recursos extrapresupuestarios.

Sir John Bourn (Auditor Externo) informó que su examen de los estados financieros de la Organización para el bienio 1998-1999, que se había realizado en conformidad con el Artículo 12 del Reglamento Financiero de la OPS y con las normas comunes de auditoría de los auditores externos de las Naciones Unidas, lo había llevado a emitir una opinión sin reservas de que los estados financieros reflejaban exactamente la situación financiera de la OPS al 31 de diciembre de 1999. La situación financiera general de la Organización era sólida, gracias a las altas tasas de recaudación de las cuotas y a una mejor gestión del dinero en efectivo. Sin embargo, la marcada dependencia de los centros con respecto al presupuesto ordinario de la OPS era motivo de preocupación, y recomendó que la OPS examinara regularmente la situación financiera de los centros. También recomendó que se tomaran decisiones acerca del depósito de los saldos en fondos especiales que habían permanecido inactivos durante el bienio (por ejemplo, el fondo del cólera y el fondo de promoción de la salud).

Informe del Auditor Externo sobre la planificación estratégica, el seguimiento y la evaluación en la OPS (documento CE126/26)

Sir John Bourn recordó que en 1999 había ofrecido realizar una auditoría del desempeño de la Organización, que abordaría los temas de la economía, la eficiencia y la eficacia, o “cómo obtener el máximo rendimiento del dinero”. El Director se había mostrado entusiasmado con la idea y había pedido que examinara el Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES). Los resultados de ese estudio se presentaban en el documento CE126/26.

El AMPES se había creado para hacer frente al entorno complejo y en constante cambio de la planificación en el cual funcionaba la OPS. Los cuatro elementos claves del AMPES eran las orientaciones estratégicas y programáticas (OEP); el presupuesto bienal por programas, que emanaba de las OEP; el seguimiento dos veces al año del progreso de los planes; y las evaluaciones encaminadas a determinar la repercusión a más largo plazo de la labor de la OPS. La auditoría del desempeño procuraba responder a tres preguntas acerca del AMPES: 1) ¿Era teóricamente sólido, o sea, estaba de acuerdo con los mejores métodos? 2) ¿Funcionaba en la forma prevista? 3) ¿Podría mejorarse? Para responder a esas preguntas, Sir John Bourn y su equipo compararon el AMPES con sistemas similares en otras organizaciones, realizaron entrevistas con el personal en la sede de la OPS y en siete oficinas de campo, y analizaron documentos claves de planificación .

El estudio encontró que el AMPES satisfacía y, en ciertos aspectos cruciales, superaba los mejores métodos aplicados en el sistema de las Naciones Unidas para la planificación y la evaluación de programas. Entre las razones de su éxito se encontraba el compromiso del personal de alto nivel con la planificación y con el mejoramiento del sistema; una vinculación clara entre el proceso presupuestario y el proceso de programación; la computadorización de gran parte del proceso de planificación y de los resultados, lo que facilitaba las actualizaciones; y la vinculación que empezaba a surgir entre los objetivos de la programación y el sistema de evaluación del personal. Aunque el AMPES en lo esencial ya era sólido, podría fortalecerse. El documento contenía 19 recomendaciones para efectuar mejoras. Sir John Bourn destacó cuatro de ellas para el Comité: 1) complementar las OEP con un número reducido de objetivos de alto nivel y de medidas de desempeño con las cuales podrían evaluarse los logros generales de la Organización; 2) examinar más cuidadosamente los riesgos al formular planes para un proyecto, a objeto de disminuir las sorpresas; 3) buscar un enfoque común para el tratamiento de los costos administrativos diferentes a los de personal y para las actividades (como adquisiciones) en los planes bienales; y 4) formular un método más estandarizado para la evaluación de programas que

permitiera mejorar el análisis comparativo de lo que se hubiese aprendido. Informó que la OPS había respondido favorable y rápidamente a la mayoría de sus recomendaciones.

El Comité felicitó a la OPS por su situación financiera positiva y por la opinión sin reservas emitida por el Auditor Externo. Se expresó inquietud frente a la situación financiera de los centros panamericanos por dos razones: la disminución en la recaudación de las cuotas conducía a una reducción de las actividades de los centros, lo que repercutía negativamente sobre los países a los que prestaban servicios; la segunda razón era que el apoyo complementario de la OPS drenaba los recursos de su presupuesto ordinario. El Comité apoyó la recomendación del Auditor Externo de cerrar los fondos especiales que ya no se estaban usando. Se sugirió que el saldo del fondo del Programa de Libros de Texto podría transferirse al Programa de Libros de Texto Médicos de la Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF), que había asumido la función del fondo. Se solicitaron mayores explicaciones sobre el aumento de \$20 millones en los fondos fiduciarios y los cambios en algunos totales de la partida del fondo especial para gastos de apoyo a programas (p. 45 del Documento Oficial 297) entre el bienio anterior y 1998-1999.

En cuanto a la evaluación que hizo el Auditor Externo del AMPES, el Comité observó que el informe había confirmado que la OPS estaba esforzándose por lograr el mayor rendimiento del dinero en sus procesos de programación y evaluación. Instó a la Organización a que siguiera las recomendaciones del Auditor Externo para mejorar la eficiencia y desarrollar una “cultura de la evaluación”. En particular, los delegados recalcaron la necesidad de mejorar la colaboración con los organismos asociados en el proceso de planificación bienal, así como de una mejor coordinación interna entre las divisiones; la elaboración de métodos para medir los objetivos y el desempeño a objeto de complementar las OEP; y la adopción de un sistema para asignar los costos de personal a los programas. La OPS debería adoptar medidas para aplicar un enfoque más estratégico a la evaluación mediante la formulación de una metodología estandarizada con criterios especiales para juzgar la pertinencia y la eficacia de cada aspecto del programa. Se solicitó una actualización en una reunión posterior de los Cuerpos Directivos sobre los planes de la OPS para poner en práctica las recomendaciones. Un delegado pidió una aclaración sobre la manera en la cual se trataban en el AMPES los fondos extrapresupuestarios no previstos.

El Sr. Matthews explicó que el aumento en los fondos fiduciarios podía atribuirse a la diligencia de la Oficina de Relaciones Externas y del Director, que habían instado a los gerentes de la Organización a buscar activamente fondos extrapresupuestarios. Los cambios en el fondo especial para gastos de apoyo a programas provenían de haber pasado algunos de esos ingresos al Fondo de ingresos por servicios; esos cambios se hicieron en consulta con

el Auditor Externo y de conformidad con los requisitos de presentación de informes de las Naciones Unidas. En lo referente a los fondos inactivos, su oficina estaba en vías de decidir cuáles iba a cerrar y cómo utilizar mejor los saldos para fines relacionados con los objetivos originales de los fondos.

Sir John Bourn señaló que la capacidad de vincular los costos de personal a los programas debía ponerse en práctica de manera eficaz en función de los costos, y su oficina estaría dispuesta a ofrecer sugerencias para adoptar un sistema apropiado. Su

asistente, el Sr. Richard Maggs, observó que el personal de la OPS había encontrado maneras creativas para usar el AMPES en la búsqueda de información sobre los fondos extrapresupuestarios, aunque estaba diseñado para usarse con el presupuesto ordinario.

El Director comentó que, si bien no todos los centros panamericanos tenían una situación financiera delicada, este tema era motivo de preocupación para la Organización. Estaba de acuerdo con la idea de que los centros debían financiarse con sus propias cuotas, aunque la otra posición —o sea, que por ser parte del programa de cooperación técnica de la OPS debían financiarse con el presupuesto ordinario— tenía cierta validez. Se comprometió a seguir ayudando a los centros panamericanos que tuvieran dificultades financieras para que pudieran corregir sus deficiencias de financiamiento, pero si los centros no podían hacerlo, consultaría con los Cuerpos Directivos acerca de otras medidas que pudieran tomarse.

En lo referente al AMPES, el software nuevo facilitaría la inclusión de fondos extrapresupuestarios en el AMPES, para asegurar que los proyectos financiados con fondos extrapresupuestarios —sin que tuviera importancia la fecha del ciclo del presupuesto bienal en que se recibieran los fondos— estuvieran sujetos a la misma gestión transparente, rendición de cuentas y evaluación, que las actividades financiadas por el presupuesto ordinario. Otra característica del software nuevo era que permitiría registrar insumos de diferentes divisiones bajo el mismo proyecto, lo que ayudaría al trabajo entre las divisiones en la fase de programación.

Ya se estaban poniendo en práctica algunas de las recomendaciones del informe del Auditor Externo. Las medidas de desempeño se agregarían a las OEP en el próximo ciclo. Se estaban logrando avances en el área de las relaciones con los asociados. La OPS había llegado a un acuerdo con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial en llevar adelante una agenda común en pro de la salud en la Región y estaba colaborando con ambos organismos para idear formas de adaptar las responsabilidades administrativas de cada uno de los organismos en los proyectos conjuntos. En relación con el problema del

cálculo del tiempo del personal dedicado a los proyectos, le resultaba difícil ese concepto ya que el personal trabajaba en muchos proyectos simultáneamente. Recibiría con agrado mayor información sobre la factibilidad del enfoque. El Director estuvo de acuerdo en que debía fomentarse una “cultura de la evaluación” en la Organización e instó a los países a que hicieran lo mismo en sus instituciones del sector público. El componente de evaluación del AMPES era probablemente el más débil, por ello se estaban tomando medidas para mejorarlo, entre ellas el establecimiento de un depósito centralizado y accesible de todas las evaluaciones llevadas a cabo en la Organización.

El Comité aprobó la resolución CE126.R10.

Edificios e instalaciones de la OPS (documento CE124/22)

El Sr. Eric Boswell (Jefe de Administración, OPS) informó que estaba casi terminada la renovación, que llevaba varios años, del edificio de las oficinas de la OPS en Brasilia. Asimismo, las modificaciones a la oficina de campo propiedad de la OPS en Caracas, que se había financiado con fondos extrapresupuestarios y no con el Fondo para Bienes Inmuebles, debían estar prácticamente terminadas antes del final de 2000.

En cuanto a la renovación del edificio de la sede de la OPS, recordó que en diciembre de 1999, por recomendación del Subcomité de Planificación y Programación, el Comité Ejecutivo había aceptado aumentar el límite del Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles de \$500.000 a cerca de \$8.000.000 para cubrir un costo calculado de \$7,5 millones para la reducción del asbesto y el reemplazo de las tuberías corroídas y las unidades periféricas de calefacción y aire acondicionado. Posteriormente, un estudio de factibilidad había demostrado que la remoción completa de los techos existentes y de las paredes interiores sería más eficaz en función de los costos que la reducción selectiva del asbesto. El enfoque más amplio también permitiría mejoras en el aire acondicionado y los sistemas eléctricos, la instalación de un sistema automático de rociadores contra incendios y de cableado moderno para transmisión de voz y de datos, el cumplimiento de las normas de accesibilidad para discapacitados y la ejecución de un plan de pisos de oficina abiertos para aprovechar mejor el espacio. El proyecto requeriría la reubicación fuera del edificio de las tres divisiones de la OPS. La Organización de los Estados Americanos proporcionaría espacio de oficina en su edificio de la calle F a una tarifa de alquiler razonable. El personal restante se reubicaría dentro del edificio de la OPS a medida que se fueran terminando los pisos.

La OPS calculaba el costo total en \$13 millones. Por consiguiente, se pedía al Comité Ejecutivo que aumentara el límite del Fondo para Bienes Inmuebles a \$13 millones a fin de

cubrir el proyecto tal como se ha previsto hasta ahora. Los otros \$5.000.000 provendrían de los posibles excedentes de ingresos sobre los gastos en el presupuesto ordinario.

El Comité expresó su apoyo al proyecto de renovación, observando que el edificio era viejo y debía adaptarse para que cumpliera con las normas modernas. Se instó a la Oficina a que trabajara muy de cerca con la Asociación de Personal para asegurar una transición adecuada de las oficinas tradicionales al nuevo plan de pisos de oficinas abiertas. El Comité aprobó el aumento temporal del límite del Fondo para Bienes Inmuebles a \$13 millones, pero se instó a la OPS a esforzarse por mantener los costos al mínimo. Un delegado solicitó las proyecciones del financiamiento disponible de diferentes fuentes, incluso de los fondos extrapresupuestarios.

El Sr. Boswell contestó que la referencia a los fondos extrapresupuestarios en el documento era un error de redacción. Todo el financiamiento vendría del presupuesto ordinario. Informó que, además de consultar ampliamente con la Asociación de Personal, la OPS también había contratado a consultores externos para proporcionar asesoramiento sobre espacios de oficina adecuados y agradables para los empleados.

El Director reiteró que la Organización mantendría estrecho contacto con la Asociación de Personal e informaría a los empleados acerca de los planes de renovación. Aseguró al Comité que la Organización no pediría un aumento del presupuesto ordinario para financiar las obras. Acerca de un asunto vinculado con este punto, agradeció al Gobierno de Cuba el haber proporcionado recientemente una residencia para el Representante de la OPS/OMS.

El Comité aprobó la resolución CE126.R2.

Asuntos de personal

Modificaciones del Reglamento del Personal de la OSP (documento CE126/23)

La Dra. Diana LaVertu (Jefa, Departamento de Personal, OPS) informó que los cambios propuestos en el Reglamento del Personal estaban de acuerdo con las modificaciones aprobadas por el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud en su 105.^a sesión (resoluciones EB105.R13 y EB105.R14). Los cambios presentados eran el resultado de decisiones adoptadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su quincuagésimo cuarto período de sesiones, sobre la base de las recomendaciones formuladas por la Comisión de Administración Pública Internacional.

La Asamblea General de las Naciones Unidas había aprobado, con vigencia a partir del 1 de marzo de 2000, la escala revisada de sueldos básicos/mínimos para el personal de la categoría profesional y superior, que incorporaba un aumento de 3,42% mediante la consolidación de clases de reajuste por lugar de destino en el sueldo básico neto, ateniéndose a la fórmula "sin pérdida ni ganancia". Como resultado de la consolidación, se habían hecho cambios en los índices de reajuste por lugar de destino y en los multiplicadores en todos los lugares de destino. Los artículos 330.1 y 330.2 del Reglamento del Personal de la OSP se habían modificado en consecuencia.

Debido a las revisiones anteriormente descritas de las escalas de sueldo básico/mínimo, se hicieron ajustes a los sueldos del Subdirector, el Director Adjunto y el Director. El documento CE126/23 resumía la política de los Cuerpos Directivos sobre el asunto de los ajustes de sueldos para esos puestos. El proyecto de resolución, que figuraba en el documento, incluía las tasas recomendadas de los nuevos sueldos. La Dra. LaVertu informó al Comité que la repercusión presupuestaria de las modificaciones propuestas al Reglamento del Personal se absorbería dentro de las asignaciones establecidas.

El Comité aprobó la resolución CE126.R12.

Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OSP (documento CE126/24)

El Sr. Gustavo Strittmatter (Presidente, Asociación de Personal de la OSP) informó que la capacidad del personal y de la dirección de la OPS para resolver problemas importantes había mejorado considerablemente en los cinco últimos años. Las mejoras eran el resultado de la voluntad del Director y el resto de la administración de entablar un diálogo productivo, así como del deseo del personal de ayudar a la Organización a que llevase a cabo su misión.

El Comité Consultivo Mixto del Director (JAC), creado en 1997, había permitido a la Asociación de Personal llevar a la atención de la gerencia iniciativas importantes, entre ellas la elaboración de una política de acoso sexual y la contratación de un mediador. Ese Comité ahora estaba considerando una iniciativa encaminada a crear un lugar de trabajo más favorable a la salud, lo que era especialmente pertinente dada la inminente renovación del edificio de la sede. Se estaban logrando progresos también en el problema de proteger la seguridad del personal de la OPS en otros países.

El nuevo sistema de evaluación era un paso importante para lograr que el diálogo entre el personal y la dirección se convirtiese en un aspecto cotidiano de la vida de trabajo. Este sistema fomentaba el proceso de aprendizaje en ambas partes, así como el intercambio de información; por otra parte, constituía un buen ejemplo del liderazgo de la OPS en las cuestiones de personal, no solo dentro de la OMS sino en todo el sistema de las Naciones Unidas.

Las reformas de los estatutos que regían las condiciones de trabajo del personal de la OPS y la OMS se estaban considerando a nivel mundial. Las reformas serían congruentes con aquellas iniciadas dentro de otros organismos del sistema. La Asociación de Personal consideraba que el esquema que se adaptaría definitivamente debía basarse en la equidad y la justicia, valores básicos de la Organización. El personal necesitaba percibir que esos valores se aplicaban a todos los que se encuentren dentro de la esfera de acción de la OPS. Saber que la administración era sensible a las propuestas de personal reafirmaría la identificación de este con los ideales de la Organización. Otro tema en discusión a nivel internacional era la oportunidad para el avance profesional. La Asociación de Personal esperaba que los empleados de la OPS a todos los niveles tendrían esa oportunidad.

El Sr. Strittmatter mencionó un convenio firmado recientemente entre el personal y la administración de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) del cual se distribuyeron ejemplares al Comité. El convenio apoyaba las convenciones de la OIT sobre la libertad de asociación y el derecho de organización, negociación colectiva y relaciones laborales. El orador creía que la adopción de un convenio similar sería posible en la OPS, dada la excelente relación que existía actualmente entre el personal y la dirección. La Asociación de Personal consideraba que tal convenio beneficiaría a ambas partes y reflejaría aun mejor los ideales de la Organización.

El Comité elogió los esfuerzos tanto de la Asociación de Personal como de la administración para crear buena voluntad y establecer una buena relación de trabajo. El mejoramiento tendría repercusiones positivas sobre el trabajo, no solo en la Sede sino también en los países. La OPS había servido de ejemplo que debían seguir otras partes de la OMS. Se instaba a ambas partes a que continuaran su diálogo, ya que la relación no sería estática y en realidad se pondría a prueba en los próximos dos años debido al proyecto de renovación del edificio de la Sede. El Comité estuvo de acuerdo en que el principal recurso de la OPS era su personal.

Un delegado expresó apoyo al convenio de la OIT, pero tenía reservas acerca de un párrafo del cual se deducía que no había ningún mecanismo para la resolución final y de

carácter obligatorio de las controversias colectivas si una de las partes rechazaba las recomendaciones del grupo de examen.

El Sr. Strittmatter aseguró al Comité que la Asociación de Personal seguiría esforzándose por mejorar las relaciones entre el personal y la administración así como las condiciones de trabajo. Señaló que la versión de la OPS de un proyecto de convenio basado en el convenio de la OIT todavía se estaba refinando y reconoció que el punto relativo a la resolución de controversias en el documento de la OIT se había tenido en consideración.

El Director dijo que estaba muy complacido con la relación excelente que se había desarrollado entre la administración y la Asociación de Personal. Esperaba que nunca se volviera a una relación conflictiva. Se habían abordado los desacuerdos y, en los pocos casos donde no habían podido resolverse, las partes interesadas habían estado de acuerdo en diferir de una manera civilizada. Se daba cuenta de que la renovación del edificio podría tener efecto en la relación, pero, si todos actuaban de buena fe, esta no se deterioraría. El liderazgo de la OPS en los asuntos de personal se había reconocido internacionalmente, lo que era un tributo a la eficiencia de la Oficina de Personal y a la relación entre el personal y la dirección. Felicitó al actual presidente y a los ex presidentes de las asociaciones de personal, tanto mundial como local, sobre la manera como había evolucionado el diálogo.

Uno de los temas que el Comité Consultivo Mixto había puesto sobre el tapete era la necesidad de que la Organización fomentara un entorno favorable a la salud en la Sede, como había hecho en otros países. Se había contratado a un consultor para que elaborara un plan para hacer de la OPS un lugar de trabajo más propicio para la salud.

Tenía algunas reservas acerca de si un convenio similar al de la OIT era apropiado para la OPS. Una de las razones de su preocupación era que la Asociación de Personal de la OIT era un sindicato formal competente para ocuparse de negociaciones colectivas. La igualdad de las partes era un supuesto importante en las negociaciones colectivas, pero la Constitución de la OPS asignaba ciertas responsabilidades exclusivamente al Director. Buscaría más información y asesoramiento legal sobre las consecuencias de la diferencia entre un sindicato y una asociación de personal en relación con este convenio.

El Comité agradeció a la Asociación de Personal y tomó nota del informe, pero no consideró necesario aprobar una resolución sobre este tema (decisión CE126[D7]).

Asuntos de información general

Resoluciones y otras acciones de la 53.^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS (documento CE126/25)

El Dr. Brandling-Bennett describió someramente las resoluciones y las decisiones de la 53.^a Asamblea Mundial de la Salud (mayo de 2000) que la Oficina consideraba de pertinencia particular para la Región de las Américas. También informó que se había elegido a la Dra. M. Amédée-Gédéon, Ministra de Salud de Haití, como uno de los cuatro vicepresidentes de la Asamblea de la Salud, y a la Sra. M. McCoy Sánchez, Ministro de Salud de Nicaragua, como Vicepresidenta de la Comisión A.

La Asamblea había aprobado 17 resoluciones, 13 de las cuales se abordaban en el documento. Siete de las resoluciones trataban sobre asuntos relativos a la política de los programas. Mediante la resolución sobre la iniciativa "Alto a la tuberculosis" (WHA53.1) se instaba a los Estados Miembros, a la OMS y a los socios internacionales a apoyar ampliamente el uso de la estrategia de tratamiento acortado directamente observado (DOTS). Se calculaba que 24 países de las Américas estarían aplicando el DOTS en 2000, lo que representaba un aumento de 50% con respecto a 1997. La resolución sobre el Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo (WHA53.10) encomiaba el progreso logrado en las Américas para mejorar la salud de los pueblos indígenas y se instaba a las otras regiones a adoptar planes de acción similares. En la resolución WHA53.12 se hacía un llamamiento a los Estados Miembros y a la OMS para que trabajaran muy de cerca con la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI). En ese sentido, se había designado a la OPS para que participara en el grupo de trabajo de coordinación en los países, uno de los tres grupos especiales de la Alianza que abordaban aspectos críticos de la inmunización. La OPS quería velar por que el financiamiento de los programas nacionales de vacunación siguiera siendo primordial en las iniciativas de la GAVI encaminadas a introducir las vacunas nuevas. Una resolución detallada sobre la epidemia de infección por el VIH/SIDA (WHA53.12) abordaba la fijación de precios, la accesibilidad y la asequibilidad y el uso eficaz de los medicamentos esenciales. La resolución sobre la inocuidad de los alimentos (WHA53.15) instaba, entre otras cosas, a que los Estados Miembros participaran activamente en el trabajo de la Comisión Mixta FAO/OMS del Codex Alimentarius y que la Directora General formulara una estrategia mundial para la vigilancia de las enfermedades transmitidas por los alimentos. En la resolución sobre el Convenio Marco Internacional para la Lucha Antitabáquica (WHO53.16) se establecía un cuerpo internacional de negociación que empezaría a reunirse en octubre de 2000. La OPS seguía colaborando en otras actividades de la iniciativa "Liberarse del tabaco" de la OMS. La última resolución sobre políticas de los programas abordaba la prevención y el control de las enfermedades no

transmisibles. El Programa de Enfermedades No Transmisibles de la OPS estaba promoviendo proyectos comunitarios con ese objetivo, aplicando un enfoque integrado.

Con respecto a los temas administrativos y financieros, la Asamblea había aprobado las resoluciones sobre el Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles (WHA53.4) y la Cuenta de Ingresos Ocasionales (WHA53.5), que la OPS esperaba originaría parte del financiamiento necesario para reparar y renovar los edificios de la OPS. Las modificaciones al Reglamento Financiero, aprobadas mediante la resolución WHA53.6, harían que los procedimientos empleados en la OMS fuesen más similares a los de la OPS. Por la resolución WHA53.7 se ajustaban los sueldos de la Directora General y de los titulares de puestos sin clasificar, y el Comité había tomado medidas afines con respecto al sueldo de los funcionarios de la OPS. En otros asuntos, la OPS apoyó la resolución WHA53.8 y las recomendaciones del Consejo Ejecutivo en lo referente a los reglamentos para los cuadros de expertos y los comités. La resolución WHA53.9 era una confirmación formal de la participación de la OMS en la Convención de Viena de 1986 sobre el Derecho de los Tratados entre los Estados y las organizaciones internacionales o entre organizaciones internacionales. Aunque la OPS era también participante porque la Oficina Sanitaria Panamericana era la Oficina Regional de la OMS para las Américas, estaba considerando la posibilidad de adherirse a la convención como una persona jurídica diferente. Se informaría a los Cuerpos Directivos antes de que se tomara cualquier medida al respecto.

Mediante la decisión WHA53(8) se informó que se había elegido a Brasil y a Venezuela para integrar el Consejo Ejecutivo de la OMS en sustitución de Canadá y Perú, cuyos mandatos habían llegado a su fin. Las personas designadas se habían unido a los representantes de Chile, Guatemala, Estados Unidos de América y Trinidad y Tabago en la 106.^a reunión del Consejo, celebrada en mayo, durante la cual el Dr. Jorge Jiménez de la Jara, de Chile, fue elegido presidente del Consejo. La otra decisión de interés (WHA53[10]) había sido una solicitud para que la Directora General incluyera la nutrición del lactante y el niño pequeño en el orden del día de la 107.^a sesión del Consejo Ejecutivo fijada para enero de 2001 y fomentara el debate de ese tema en las regiones con motivo de las reuniones de los Comités Regionales. El Director de la OPS estaba considerando la posibilidad de incluir ese debate en el Consejo Directivo en septiembre.

El Comité Ejecutivo esperaba contar con la participación de la OPS en los debates que se realizaran en la Región acerca de la nutrición del lactante y del niño pequeño, y sugirió que los debates se siguieran centrando en los aspectos científicos y en la investigación actual. Se instó a la Organización a que mantuviera su función de liderazgo en materia de salud de los indígenas y a que siguiera hablando claro a favor del Convenio Marco Internacional para la Lucha Antitabáquica. Muchos países de la Región habían estado colaborando sobre este

último asunto, lo cual demostraba la clase de solidaridad que se necesitaría para lograr un convenio fuerte.

El Dr. Brandling-Bennett aseguró al Comité que la Organización tenía un compromiso continuo con la salud de los indígenas y con la lucha antitabáquica. La OPS esperaba que los Estados Miembros pudiesen allegarse los recursos para que sus representantes pudieran participar en las conversaciones sobre el convenio marco que se estaban celebrando en Ginebra. La Organización haría lo que estuviera a su alcance para lograr la participación de las Américas.

El Director señaló que el debate sobre la nutrición del lactante y del niño pequeño en la Asamblea de la Salud había sido apasionado, pero los desacuerdos se fundamentaban más en la perspectiva personal que en los datos científicos. La OPS propuso la formación de un grupo pequeño de expertos técnicos de las Américas que se reunirían para definir y analizar los temas con calma antes del debate en el Consejo Directivo. El grupo se centraría en los datos existentes en torno al tema más contencioso, a saber, cuánto tiempo debe prolongarse la lactancia materna exclusiva. La meta de la OPS era reunir datos científicos pertinentes, informarse de las prácticas actuales en los países e identificar las carencias en los datos para determinar dónde se necesitaba realizar más investigaciones. La Oficina informaría al 42.º Consejo Directivo sobre los resultados de esa actividad.

El Comité tomó nota del informe de la Oficina (decisión CE126[D8]).

Otros asuntos

El Delegado de Canadá anunció que su país y la OPS estaban colaborando en la traducción al español de varios documentos canadienses de política sanitaria que la Organización consideraba que serían útiles a los países de América Latina. Uno de esos documentos, un informe sobre las estrategias del Canadá para la inversión en la salud de población, se había distribuido al Comité. Opinó que esta iniciativa representaba un ejemplo excelente de cómo la OPS podría facilitar el intercambio de información entre los países y expresó el agradecimiento de su delegación a la Organización por su ayuda con las traducciones.

El Delegado de Cuba informó sobre varias reuniones internacionales importantes celebradas recientemente en su país que ayudaban a fomentar la cooperación entre los países, en particular la Novena Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y Presidentes de Gobierno, celebrada en noviembre de 1999, y la Cumbre Sur-Sur, celebrada en abril de 2000. La Novena Cumbre Iberoamericana había creado la Secretaría de Cooperación

Iberoamericana para facilitar la cooperación entre los países iberoamericanos. El acto inicial de la Cumbre había sido la inauguración de la Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas, ubicada en La Habana, mediante la cual el gobierno cubano estaba formando a más de 3.000 estudiantes de 20 países, en forma totalmente gratuita. Esos estudiantes regresarían al trabajo como médicos en las zonas subatendidas de sus países. Cuba estaba comprometida firmemente con el concepto de la cooperación entre los países y deseaba reafirmar su propósito de seguir cooperando con los países hermanos en las Américas.

Clausura de la sesión

El Director expresó su agradecimiento al Presidente por la forma en que había guiado la sesión. Como resultado de su eficiencia, el Comité había terminado todo su trabajo y la sesión había concluido antes de lo previsto. Mientras que para algunos la relativa brevedad de la sesión podría ser motivo de inquietud, a su modo de ver la verdadera medida del valor de una reunión no era su duración, sino la calidad de su contenido. Pensaba que el contenido había sido sobresaliente, gracias a la preparación excelente de los delegados antes de la sesión y a sus observaciones inteligentes durante las reuniones. Si bien todos los puntos tratados habían sido importantes, sentía que uno en particular era digno de mención: el de la agenda compartida de la OPS/BID/Banco Mundial, que representaba un logro sin precedentes. La Organización había estado trabajando por varios años para persuadir a otros organismos de cooperación, especialmente los de la esfera financiera, de que la salud era una cuestión de desarrollo como cualquier otra. Por consiguiente, era una fuente de gran satisfacción que esas actividades hubiesen culminado en la firma de un convenio formal para la coordinación de las acciones de tres organismos para mejorar la situación sanitaria en las Américas.

El Presidente dijo que había sido un honor para Cuba ejercer la Presidencia del Comité Ejecutivo. Agradeció además a los delegados sus aportes a la reunión, así como a sus compañeros de la Mesa Directiva y a los funcionarios de la OPS sus intervenciones informativas sobre los diversos puntos del orden del día. Finalmente, declaró clausurada la 126.^a sesión del Comité Ejecutivo.

Resoluciones y decisiones

A continuación se presentan las resoluciones y las decisiones aprobadas por el Comité Ejecutivo en su 126.^a sesión:

Resoluciones

CE126.R1: Recaudación de las cuotas

LA 126.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el informe del Director sobre la recaudación de las cuotas (documento CE126/21 y Add. I), así como el informe relativo a los Estados Miembros atrasados en el pago de las cuotas al punto de que puedan estar sujetos a la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud;

Tomando en cuenta 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 seis Estados Miembros, y

Observando con preocupación que hay 26 Estados Miembros que no han efectuado ningún pago de sus contribuciones señaladas para 2000 y que las cantidades recaudadas correspondientes a las contribuciones de 2000 representan solo 27% del total de las cuotas señaladas para el año en curso,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe del Director relativo a la recaudación de las cuotas (documento CE126/21 y Add. I).
2. Agradecer a los Estados Miembros que ya han efectuado pagos correspondientes a 2000 e instar a los demás Estados Miembros a que paguen sus cuotas pendientes lo más pronto posible.
3. Recomendar al 42.º Consejo Directivo que las restricciones al derecho de voto estipuladas en el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS se apliquen rigurosamente a aquellos Estados Miembros que, para la fecha de la apertura de dicha sesión, no hayan efectuado pagos sustanciales destinados a cumplir con sus compromisos relativos a las cuotas, y a los que no hayan efectuado los pagos previstos de conformidad con sus planes de pagos diferidos.
4. Solicitar al Director que continúe informando a los Estados Miembros acerca de todo saldo pendiente y que informe al 42.º Consejo Directivo sobre el estado de la recaudación de las cuotas.

(Cuarta reunión, el 27 de junio de 2000)

CE126.R2: Edificios e instalaciones de la OPS

LA 126.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe sobre las medidas adoptadas por la Oficina con relación a los proyectos aprobados con cargo al Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles y el estado de las obras de renovación del edificio de la sede de la OPS (documento CE126/22);

Recordando que, a solicitud del Director, en diciembre de 1999 los Miembros del Comité Ejecutivo aprobaron un aumento temporal de US\$ 7,5 millones en el límite máximo del Fondo para Bienes Inmuebles, sobre la base de los cálculos preliminares de los costos de la renovación, y

Considerando que el cálculo de los costos de la renovación arroja la suma de \$13 millones,

RESUELVE:

Aprobar un aumento temporal del límite máximo del Fondo para Bienes Inmuebles a la cantidad de \$13 millones para llevar a cabo la renovación del edificio de la

sede de la OPS, suma que habrá de financiarse con cualquier excedente que hubiere de los ingresos con relación a los gastos en el presupuesto ordinario y con fondos de otras fuentes que puedan identificarse.

(Cuarta reunión, el 27 de junio de 2000)

CE126.R3: Función del Subcomité de Planificación y Programación

LA 126.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo recibido el informe presentado por el Presidente del Subcomité de Planificación y Programación correspondientes a la 33.ª y 34.ª sesiones (documento CE126/5);

Teniendo en cuenta la resolución CE82.R13 de la 82.ª sesión del Comité Ejecutivo (1979), la cual dio origen al Subcomité de Planificación y Programación a Largo Plazo, así como las resoluciones CE92.R12 (1984) y CE118.R2 (1996), y

Tomando nota del análisis y los debates realizados durante la 33.ª sesión del Subcomité de Planificación y Programación respecto del funcionamiento del mismo Subcomité,

RESUELVE:

1. Agradecer al Presidente del Subcomité por el informe presentado.
2. Modificar los términos de referencia del Subcomité de Planificación y Programación, sección 4, "Reuniones", para que el primer párrafo se lea: "El Subcomité normalmente celebrará una sesión ordinaria por año en las fechas que establezca el Comité Ejecutivo en la sesión que se efectúa inmediatamente después del Consejo Directivo o de la Conferencia Sanitaria Panamericana. Podrán celebrarse sesiones extraordinarias".

(Cuarta reunión, el 27 de junio de 2000)

CE126.R4: Vacunas e inmunización

LA 126.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el informe del Director sobre vacunas e inmunización (documento CE126/10), y

Teniendo en cuenta los adelantos que están logrando todos los países en el control de las enfermedades inmunoprevenibles y sus esfuerzos para lograr la erradicación del sarampión en el año 2000, así como los avances en la introducción de vacunas nuevas en los programas nacionales de vacunación,

RESUELVE:

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

EL 42.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el informe del Director sobre vacunas e inmunización (documento CD42/___) y teniendo en cuenta los adelantos que están logrando todos los países en el control de las enfermedades inmunoprevenibles;

Teniendo en cuenta que todavía hay un número considerable de niños que no están recibiendo los beneficios de la inmunización;

Enterado de que se necesitan importantes esfuerzos para alcanzar la meta de la erradicación del sarampión para fines de 2000, y

Considerando que la sostenibilidad de los programas de vacunación y de control o erradicación de las enfermedades inmunoprevenibles requiere un esfuerzo permanente por parte del sector de la salud a todos los niveles,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:

- a) a que sigan otorgando una elevada prioridad al financiamiento de sus programas nacionales de vacunación, incluidos los costos relacionados con la introducción de vacunas nuevas;
- b) a que establezcan como meta nacional una cobertura de vacunación de 95% para todos los antígenos en cada distrito del país;
- c) a que procuren que se adopten todas las medidas necesarias para interrumpir la transmisión del sarampión, en especial las relativas a las operaciones de barrido y el fortalecimiento de la vigilancia y la investigación completa de casos;
- d) a que emprendan actividades relacionadas con la contención de todo material de laboratorio que pueda alojar especímenes del poliovirus salvaje, para asegurar que con el tiempo se logre la certificación mundial de la erradicación;
- e) a que efectúen evaluaciones multidisciplinarias periódicas de sus programas nacionales de vacunación a objeto de identificar cualquier limitación que pueda obstaculizar el acceso equitativo a las medidas encaminadas a controlar las enfermedades inmunoprevenibles;
- f) a que comprueben que todas las vacunas usadas en los programas nacionales de vacunación cumplan con las normas nacionales e internacionales.

2. Solicitar al Director:

- a) que colabore con los Estados Miembros en la contención del material biológico que pueda alojar el poliovirus salvaje;
- b) que respalde las redes de los servicios nacionales de control y los laboratorios nacionales de control, con el fin de lograr que en todos los países se usen vacunas de buena calidad;
- c) que apoye las evaluaciones de los programas nacionales en coordinación con otros socios colaboradores;
- d) que ayude a los Estados Miembros que corresponda a sacar el máximo provecho de la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización.

(Cuarta reunión, el 27 de junio de 2000)

CE126.R5: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas

LA 126.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el informe sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas (documento CE126/9 y Add. I),

RESUELVE:

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

EL 42.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el informe sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas (documento CD42/___);

Reconociendo la estrecha relación entre la transmisión sexual y vertical de VIH y la presencia de otras infecciones de transmisión sexual (ITS);

Considerando la evolución de las epidemias de VIH/SIDA/ITS en las Américas, así como de los grandes desafíos que plantea el número cada vez mayor de personas que requieren servicios integrales de prevención y atención para VIH/SIDA/ITS, y

Teniendo en cuenta los adelantos tecnológicos y las intervenciones y experiencias exitosas en la Región y en el mundo para prevenir y controlar la transmisión sexual, hematógena y de madre a hijo de VIH y de otras infecciones de transmisión sexual,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que consoliden los esfuerzos nacionales en contra de VIH/SIDA/ITS y fomenten la cooperación técnica y maximicen la colaboración entre países mediante programas e iniciativas en los ámbitos regional, subregional y nacional;

- b) a que fortalezcan la capacidad de los programas técnicos para vigilar mejor las tendencias de las epidemias de VIH/SIDA/ITS y que ajusten las respuestas y las estrategias nacionales pertinentes;
- c) a que sigan prestando especial atención a la prevención, especialmente de la transmisión de VIH por la vía sexual y de madre a hijo, mediante el asesoramiento y las pruebas voluntarias, así como la provisión de medidas apropiadas que incluyan medicamentos y políticas sobre lactancia materna, con base en los avances científicos;
- d) a que consideren a las medidas de prevención de VIH y la atención a las personas que viven con VIH/SIDA como un proceso continuo que requiere un enfoque integral que responda a las necesidades locales y utilice los recursos eficientemente (modelo de "elementos de atención integral").

2. Solicitar al Director:

- a) que siga facilitando una participación y colaboración mayor con otras instituciones y organismos, particularmente con ONUSIDA, en la lucha contra VIH/SIDA/ITS en las Américas;
- b) que fortalezca la capacidad regional de colaboración técnica, especialmente en las áreas de la comunicación y el mercadeo social, la promoción de la sexualidad saludable y los servicios integrales para la prevención de VIH y la atención a las personas que viven con VIH/SIDA/ITS;
- c) que continúe trabajando en el desarrollo del Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública y en los mecanismos por los cuales los Estados Miembros pueden acceder a este.

(Sexta reunión, el 28 de junio de 2000)

CE126.R6: Evaluación del Programa Regional de Bioética

LA 126.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado la evaluación del Programa Regional de Bioética (documento CE126/11) realizada de conformidad con la resolución CD37.R9 (1993) por el Dr. James F. Drane, y

Convencida de que en la evaluación del Programa se demostró que este ha cumplido sus objetivos en conformidad con las metas fijadas cuando fue establecido y se concluyó, además, que debe seguir respondiendo a la demanda cada día mayor de conocimientos especializados en el área de la ética y la salud en la Región,

RESUELVE:

1. Agradecer al Dr. James F. Drane por haber efectuado una evaluación integral del Programa Regional de Bioética.
2. Recomendar al Consejo Directivo que adopte una resolución redactada en los siguientes términos:

EL 42.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado la evaluación del Programa Regional de Bioética (documento CD42/___) realizada de conformidad con la resolución CD37.R9 (1993);

Reconociendo con agradecimiento el considerable apoyo técnico y financiero proporcionado por el Gobierno de Chile y la Universidad de Chile para el establecimiento y el funcionamiento continuo del Programa desde su inicio, así como el compromiso de ambas instituciones de seguir apoyando al Programa, y

Recalcando que el análisis bioético debe convertirse en una parte integrante de la formulación de políticas y la toma de decisiones en el sector de la salud, especialmente en los procesos que suponen el mejoramiento de la calidad de la asistencia y la investigación sanitarias, y una mayor equidad en el acceso a los servicios asistenciales,

RESUELVE:

1. Alentar a los Estados Miembros a que incorporen el desarrollo de la capacidad de análisis bioético dentro de las funciones normativas y de rectoría de los ministerios de salud y a que formulen políticas públicas sanitarias fundamentadas en los principios bioéticos, en particular con respecto a la investigación con sujetos humanos.

2. Pedir al Director que siga apoyando el Programa, promoviendo la inclusión del análisis bioético en las actividades de cooperación técnica y estimulando el aumento de la capacidad en materia de bioética en los Estados Miembros.

(Sexta reunión, el 28 de junio de 2000)

CE126.R7: Protección de los alimentos

LA 126.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el documento CE126/12 en el que se describe la problemática de la protección de los alimentos en el mundo y en la Región de las Américas en particular y las acciones que está tomando la Organización Panamericana de la Salud para cooperar técnicamente con los países para establecer programas de protección de los alimentos, y

Teniendo en cuenta que la 33.ª sesión del Subcomité de Planificación y Programación analizó la situación y estuvo de acuerdo con las actividades de cooperación técnica que desarrolla la Organización,

RESUELVE:

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

EL 42.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo analizado el informe sobre protección de los alimentos en las Américas (documento CD42/____) en el cual se describe la problemática actual de las enfermedades transmitidas por los alimentos y las acciones que cumple la Organización Panamericana de la Salud para apoyar a los países en la solución de esta problemática, a través de la cooperación técnica para organizar programas de protección de los alimentos;

Teniendo en cuenta que la 53.ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA53.15 sobre inocuidad de los alimentos, resaltando la importancia de este tema como actividad esencial de salud pública;

Considerando que, de acuerdo con los informes que ha elaborado la Organización Panamericana de la Salud a través del Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ), se observa la ocurrencia de un número significativo de brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos con un alto número de personas afectadas y de muertes por esta causa, y

Teniendo en cuenta que el comercio internacional constituye un alto riesgo para el desarrollo de brotes de enfermedades transmitidas por alimentos si no se adelantan acciones técnicas para evitar la contaminación de los alimentos,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que organicen programas de protección de los alimentos como una función esencial de salud pública con una activa coordinación entre los sectores de salud y agricultura y la industria;
 - b) a que actualicen y modernicen los sistemas de inspección y control de los alimentos teniendo en cuenta las normativas del Codex Alimentarius y las medidas sanitarias de los Acuerdos sobre Normas Sanitarias y Fitosanitarias;
 - c) a que tengan en cuenta, en el desarrollo de actividades de control de la inocuidad de los alimentos, tanto a los alimentos de consumo doméstico como a los destinados a mercados de exportación, así como a la mediana y pequeña empresa;
 - d) a que fortalezcan los sistemas de vigilancia de las enfermedades transmitidas por los alimentos para que la información permita orientar las medidas de prevención y control de estas enfermedades;
 - e) a que busquen la activa participación de productores, procesadores, manipuladores y consumidores de alimentos a través de programas de comunicación y educación sanitaria;
 - f) a que provean los recursos necesarios para el desarrollo de los programas en protección de alimentos.

2. Agradecer al Gobierno argentino por su apoyo continuo para el mantenimiento y operación del INPPAZ, y exhortar a los demás países a participar en su financiamiento.
3. Solicitar al Director:
 - a) que continúe con el desarrollo y ejecución del plan estratégico sobre protección de alimentos;
 - b) que explore la necesidad de crear una comisión regional de protección de alimentos que se ocupe de los asuntos relativos a la formulación de políticas regionales en esta esfera;
 - c) que establezca mecanismos de coordinación con otros organismos de cooperación técnica internacional para que se ofrezca a los países la cooperación técnica pertinente, se eviten las duplicaciones y se haga un mejor uso de los recursos.

(Sexta reunión, el 28 de junio de 2000)

CE126.R8: Equipos y dispositivos médicos

LA 126.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el informe del Director (documento CE126/14) sobre equipos y dispositivos médicos;

Considerando que en el ejercicio de la rectoría del sector salud es función primordial de la autoridad sanitaria velar por la eficacia, seguridad y calidad de los equipos y dispositivos médicos que utilizan los servicios de salud y la población, y

Reconociendo que es necesario establecer un proceso de planificación, implantación y gestión de tecnologías para garantizar la operación eficiente de la red de servicios de salud,

RESUELVE:

1. Agradecer al Gobierno de Canadá por preparar el documento y presentar el tema a la 34.ª sesión del Subcomité de Planificación y Programación.

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

EL 42.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el documento CD42/___ sobre equipos y dispositivos médicos;

Considerando que en el ejercicio de la rectoría del sector salud es función primordial de la autoridad sanitaria velar por la eficacia, seguridad y calidad de los equipos y dispositivos médicos que utilizan los servicios de salud y la población;

Reconociendo que es necesario establecer un proceso de planificación, implantación y gestión de tecnologías para garantizar la operación eficiente de la red de servicios de salud, y

Tomando nota de la recomendación del Comité Ejecutivo,

RESUELVE:

1. Endosar las recomendaciones sobre equipos y dispositivos médicos contenidas en el documento CD42/___ y respaldar el trabajo de la OPS en este campo.
2. Apoyar la propuesta para formar un grupo ad hoc para promover y facilitar los procesos de armonización en equipos y dispositivos médicos en las Américas.
3. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que desarrollen y fortalezcan sus programas para la regulación de equipos y dispositivos médicos;
 - b) a que promuevan y apoyen la participación de sus autoridades reguladoras en las reuniones generales del Grupo de Trabajo en Armonización Global (GHTF) y en las de sus cuatro grupos de estudio, al mismo tiempo que promuevan el uso de los documentos del GHTF en sus programas de regulación de equipos y dispositivos médicos.

4. Solicitar al Director que continúe su apoyo a los gobiernos para el desarrollo e implantación de programas de regulación de equipos y dispositivos médicos, y que respalde la búsqueda de fuentes de financiamiento para las actividades del programa de trabajo propuesto para el bienio 2000-2001.

(Sexta reunión, el 28 de junio de 2000)

CE126.R9: Armonización de la reglamentación farmacéutica

LA 126.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el informe del Director (documento CE126/15) sobre la armonización de la reglamentación farmacéutica en las Américas,

Tomando en cuenta que los procesos de armonización de la reglamentación farmacéutica son fundamentales para garantizar la seguridad, eficacia y calidad de los medicamentos;

Reconociendo que a nivel global, otras regiones y grupos subregionales de países de las Américas hacen esfuerzos por avanzar en la armonización de la reglamentación farmacéutica encontrándose en diferentes grado de desarrollo;

Consciente de que la Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica, a través de planes de trabajo, representará una opción concreta de carácter regional para dicho proceso, y

Observando que la armonización de la reglamentación farmacéutica ofrece ventajas sanitarias, económicas y técnicas para los países que se comprometen a su implementación,

RESUELVE:

1. Agradecer al Gobierno de Estados Unidos de América por presentar el tema a la 34.ª sesión del Subcomité de Planificación y Programación.
2. Recomendar al Consejo Directivo la adopción de una resolución redactada en los siguientes términos:

EL 42.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el informe del Director (documento CD42/___) sobre la armonización de la reglamentación farmacéutica en las Américas;

Tomando en cuenta que los procesos de armonización de la reglamentación farmacéutica son fundamentales para garantizar la seguridad, eficacia y calidad de los medicamentos;

Reconociendo que a nivel global, otras regiones y grupos subregionales de países de las Américas hacen esfuerzos por avanzar en la armonización de la reglamentación farmacéutica encontrándose en diferentes grado de desarrollo;

Consciente de que la Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica, a través de planes de trabajo, representará una opción concreta de carácter regional para dicho proceso, y

Observando que la armonización de la reglamentación farmacéutica ofrece ventajas sanitarias, económicas y técnicas para los países que se comprometen a su implementación,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que revisen las políticas actuales de medicamentos con miras a la adopción de nuevas políticas que aseguren el acceso a medicamentos seguros, eficaces y de calidad aceptable;
 - b) a que fortalezcan la infraestructura responsable de la reglamentación farmacéutica que permita ejercer una regulación ágil pero técnicamente aceptable;
 - c) a que apoyen la implementación a nivel nacional de los acuerdos y recomendaciones que emanen de la Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica.
2. Solicitar al Director:

- a) que respalde el establecimiento de la Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica y fortalezca el papel de la OPS como Secretariado de la misma;
- b) que promueva el avance de acuerdos técnicos sobre reglamentación farmacéutica entre los Estados Miembros con la participación de todos los sectores y grupos de interés que incluya acuerdos multilaterales, bilaterales y subregionales;
- c) que estimule la búsqueda de fuentes de financiamiento para este proceso y el plan de trabajo.

(Sexta reunión, el 28 de junio de 2000)

CE126.R10: Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo para 1998-1999

LA 126.ª SESIÓN COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo para 1998-1999 (*Documento oficial 297*),

RESUELVE:

1. Transmitir, para su consideración, el Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo para 1998-1999 (*Documento oficial 297*) al 42.º Consejo Directivo.
2. Señalar que los estados financieros para 1998-1999 se han preparado de conformidad con las Normas de Contabilidad del Sistema de las Naciones Unidas, lo que mejora la presentación y la claridad de dichos estados.
3. Encomiar los esfuerzos desplegados por la Organización para hacer el seguimiento y fortalecer la posición financiera del Centro de Epidemiología del Caribe, el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe y el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, incluidas las fuentes suplementarias de apoyo, y estimularla a que prosiga los esfuerzos conjuntos para formular y aplicar estrategias encaminadas a mejorar dicha posición.

4. Felicitar al Director por sus esfuerzos fructíferos para mantener a la Organización en una posición financiera sólida.
5. Agradecer al Auditor Externo por el informe sobre la planificación estratégica, el seguimiento y la evaluación en la OPS.

(Sexta reunión, el 28 de junio de 2000)

CE126.R11: Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el ejercicio económico 2002-2003

LA 126.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el documento CE126/8, que contiene una solicitud tentativa a la Organización Mundial de la Salud de un monto de US\$ 74.682.000 sin aumento de costos para la Región de las Américas para el ejercicio económico 2002-2003,

RESUELVE:

Recomendar al 42.º Consejo Directivo que apruebe una resolución redactada en los siguientes términos:

EL 42.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el documento CD42/_____ y la solicitud tentativa a la Organización Mundial de la Salud de un monto de US\$ 74.682.000 sin aumento de costos para la Región de las Américas para el ejercicio económico 2002-2003; y

Tomando nota de la recomendación del Comité Ejecutivo,

RESUELVE:

Solicitar al Director que transmita a la Directora General de la OMS la solicitud de un monto de \$74.682.000 sin aumento de costos para la Región de las Américas para el ejercicio económico 2002-2003, a objeto de que sea sometida a la consideración del Consejo Ejecutivo de la OMS y de la Asamblea Mundial de la Salud en 2001.

(Sexta reunión, el 28 de junio de 2000)

CE126.R12: Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

LA 126.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado las modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana presentadas por el Director en el anexo al documento CE126/23;

Teniendo en cuenta las decisiones de la 53.ª Asamblea Mundial de la Salud respecto de la remuneración de los Directores Regionales, de los Asesores Superiores y de la Directora General;

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

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

RESUELVE:

1. Confirmar las modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana presentadas por el Director en el anexo al documento CE126/23, con efecto a partir del 1 de marzo de 2000 respecto de la escala de sueldos y la escala de contribuciones del personal para aplicarla conjuntamente con la escala de sueldos básicos brutos para el personal de las categorías profesional y de directores.
2. Fijar, con entrada en vigor el 1 de marzo de 2000:
 - a) el sueldo anual neto del Director Adjunto en \$99.278, con familiares a cargo, y en \$89.899, sin familiares a cargo;
 - b) el sueldo anual neto de la Subdirectora en \$98.278, con familiares a cargo, y en \$88.899 sin familiares a cargo.
3. Recomendar al 42.º Consejo Directivo que establezca el sueldo anual neto del Director en \$108.242, con familiares a cargo, y en \$97.411, sin familiares a cargo, con entrada en vigor el 1 de marzo de 2000.

(Séptima reunión, el 29 de junio de 2000)

CE126.R13: Orden del día provisional del 42.º Consejo Directivo de la OPS, 52.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

LA 126.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el orden del día provisional (documento CD42/1) preparado por el Director para el 42.º Consejo Directivo de la OPS, 52.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, que se presenta como anexo del documento CE126/4, 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 orden del día provisional (documento CD42/1) preparado por el Director para el 42.º Consejo Directivo de la OPS, 52.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, con las modificaciones propuestas por el Comité Ejecutivo.

(Séptima reunión, el 29 de junio de 2000)

CE126.R14: Premio OPS en Administración, 2000

LA 126.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2000 (documento CE126/6, Add. I), y

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

RESUELVE:

1. Tomar nota de la decisión del Jurado de que se adjudique el Premio OPS en Administración, 2000 al Dr. Roberto Fuentes García, de Chile, por su larga y fructífera trayectoria en el campo de la administración de salud pública, con especial interés en la

gestión eficiente, la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios, así como por su importante contribución a la bibliografía nacional e internacional sobre estos temas.

2. Transmitir el informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2000 (documento CE126/6, Add. I), al 42.º Consejo Directivo.

(Séptima reunión, el 29 de junio de 2000)

CE126.R15: Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS

LA 126.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo estudiado el informe del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales (documento CE126/7, Add. I);

Consciente de las disposiciones recogidas en el documento titulado *Principios que rigen las relaciones entre la Organización Panamericana de la Salud y las organizaciones no gubernamentales* (1995), y

Convencida de que los cambios propuestos a los *Principios* son razonables y facilitarán su aplicación,

RESUELVE:

1. Aprobar la versión revisada del documento *Principios que rigen las relaciones entre la Organización Panamericana de la Salud y las organizaciones no gubernamentales*, que se presenta en el anexo al documento CE126/7, Add. I.
2. Autorizar el establecimiento de relaciones oficiales de la OPS con la Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas por un periodo de cuatro años.
3. Renovar las relaciones oficiales por un período de cuatro años con el Colegio Interamericano de Radiología, la Federación Latinoamericana de Hospitales, la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina y la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería.

4. Prorrogar las relaciones oficiales de la OPS con la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica y con la Unión Latinoamericana contra las Enfermedades de Transmisión Sexual por un período de dos años, y solicitar al Comité Permanente que, en la 130.^a sesión del Comité Ejecutivo que se celebrará en 2002, examine los adelantos que la COLABIOCLI y ULACETS hayan hecho para resolver las inquietudes expresadas por el Comité Permanente, y que formule una recomendación definitiva sobre la conveniencia de continuar dichas relaciones.

5. Solicitar al Director:

- a) que comunique a las ONG respectivas las decisiones adoptadas por el Comité Ejecutivo;
- b) que siga desarrollando relaciones de trabajo dinámicas con ONG interamericanas cuyas áreas de interés coincidan con las prioridades programáticas que los Cuerpos Directivos han adoptado para la OPS;
- c) que evalúe la pertinencia de la relación con las ONG interamericanas que mantienen relaciones oficiales con la OPS, a fin de promover una mayor participación y colaboración;
- d) que siga fomentando las relaciones entre los Estados Miembros y las ONG que actúan en campos relacionados con la salud;
- e) que amplíe las relaciones de la OPS con la comunidad amplia de ONG cuyo interés fundamental es afrontar el reto que plantea el SIDA en las Américas y con otras ONG que trabajen en esferas de interés para la OPS.

(Séptima reunión, el 29 de junio de 2000)

CE126.R16: Enfermedades cardiovasculares, en especial la hipertensión arterial

LA 126.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo analizado el informe sobre las enfermedades cardiovasculares y en especial la hipertensión arterial (documento CE126/13);

En vista de la magnitud de los problemas cardiovasculares y teniendo en cuenta la efectividad en función del costo de las intervenciones para prevenir y controlar dichas enfermedades, en especial de las intervenciones para el control de la hipertensión arterial, y

Considerando que el Subcomité de Planificación y Programación ha examinado las alternativas para mejorar el control y la prevención de la hipertensión arterial y ha expresado su apoyo para los enfoques presentados para responder a este problema,

RESUELVE:

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

El 42.º CONSEJO DIRECTIVO,

Tomando en cuenta la información proveída en el documento CD42/___ sobre enfermedades cardiovasculares y en especial la hipertensión arterial;

En vista de la magnitud de los problemas cardiovasculares, que constituyen la primera causa de muerte y discapacidad en todos los países de las Américas;

Teniendo en cuenta la efectividad en función del costo de las intervenciones para prevenir y controlar dichas enfermedades, en especial de las intervenciones para el control de la hipertensión arterial, y

Reconociendo la necesidad de adoptar medidas de prevención y control de las enfermedades cardiovasculares en general y de la hipertensión arterial en particular,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que implementen sistemas de vigilancia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y enfermedades no transmisibles en general;
 - b) a que actualicen sus políticas de salud de manera que fortalezcan y otorguen prioridad tanto a las intervenciones comunitarias como a las de los servicios de salud, sobre

todo de atención primaria, conducentes a la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares y de la hipertensión arterial en particular;

- c) a que desarrollen o fortalezcan planes nacionales de prevención y control de hipertensión arterial.

2. Solicitar al Director:

- a) que establezca las medidas necesarias de movilización de recursos para la cooperación técnica que permitan la creación o el fortalecimiento de planes nacionales de prevención y control de la hipertensión arterial en el marco de una estrategia integrada de prevención y control de las enfermedades no transmisibles;
- b) que fomente el establecimiento de asociaciones con sociedades científicas y profesionales, organizaciones comunitarias y agencias de cooperación y desarrollo

tanto multilaterales como bilaterales para que apoyen los enfoques propuestos y desarrollen investigaciones para mejorar la prevención y el control de la hipertensión.

(Séptima reunión, el 29 de junio de 2000)

CE126.R17: Salud de la niñez

LA 126.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el informe sobre la salud de la niñez (documento CE126/16),
y

Recordando que el Subcomité de Planificación y Programación examinó el informe y estuvo de acuerdo con la dirección propuesta para apoyar la promoción de la salud y el desarrollo integral del niño,

RESUELVE:

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

EL 42.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el informe sobre la salud de la niñez (documento CD42/___);

Reconociendo la necesidad de elaborar un concepto nuevo, más pleno de la importancia de la salud de la niñez para un mejor futuro, basado en los logros del último decenio y en los nuevos conocimientos y las pruebas científicas aportadas por diversas disciplinas;

Teniendo en cuenta que todavía quedan problemas sin resolver en relación con los derechos de los niños, la equidad en materia de salud, las oportunidades de desarrollo y la solución de los problemas de salud básicos, así como los problemas nuevos que afectan a la salud de la niñez, pero plenamente consciente de la importancia de llevar adelante un programa de salud pública más amplio que incluya los factores determinantes y la comprensión de que se justifica la inversión en la salud de la niñez, y

Reconociendo que este es un momento crucial para el desarrollo de la salud de la niñez debido a la atención mundial que atraerá la evaluación con motivo del décimo aniversario de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, así como la sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas programada para septiembre de 2001, en la cual se establecerá el plan de acción para los niños en el nuevo milenio,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que instituyan procesos nacionales para examinar las políticas y la legislación con miras a comprobar que tengan en cuenta los derechos de los niños, una distribución de los recursos que sea favorable a los niños y las familias, y las contribuciones comunitarias y ambientales a las posibilidades de salud y desarrollo integral del niño;
 - b) a que mantengan el tema de la salud y el desarrollo integral del niño en la lista de los asuntos públicos más importantes, valiéndose para ello, entre otros mecanismos, de los métodos de comunicación social, y a que se unan a las iniciativas y redes nacionales e internacionales que promueven el desarrollo en esta área;

- c) a que incluyan en el proceso de reforma del sector de la salud las disposiciones necesarias para reorganizar los sistemas y servicios de salud de tal manera que reflejen la necesidad urgente de dar prioridad e invertir en la salud y el desarrollo integral del niño;
- d) a que contribuyan al mejoramiento de la salud de la niñez estimulando las actividades de investigación, prestando atención especial a lograr la integración a nivel local, y estableciendo los criterios de monitoreo y evaluación.

2. Solicitar al Director:

- a) que promueva la movilización de los recursos para permitir la inversión adecuada y que propugne en los foros nacionales e internacionales que se dé atención prioritaria a las actividades de salud integral de la niñez;
- b) que apoye la formulación de un plan regional de acción basado en el marco propuesto, que incluiría aspectos multidisciplinarios y multisectoriales, así como actividades coordinadas con organismos asociados;
- c) que estimule el establecimiento de una red de partes interesadas para la elaboración, puesta a prueba y evaluación de indicadores que reflejen tanto el proceso como los logros en el monitoreo de los programas de salud de la niñez cuyo foco de interés sea la integración de la promoción de la salud con actividades preventivas y terapéuticas; es decir, los criterios para evaluar la salud, y no solo su ausencia.
- d) que siga manteniendo el liderazgo de la OPS en las Américas en lo referente a la salud y nutrición de niños y adolescentes como parte de las diversas iniciativas regionales y mundiales, entre ellas el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas para el seguimiento de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia 2001, las Cumbres Iberoamericanas y la Quinta Reunión Ministerial Americana sobre Infancia y Política Social.

(Séptima reunión, el 29 de junio de 2000)

CE126.R18: Funciones esenciales de salud pública

LA 126.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el documento CE126/17 sobre las funciones esenciales de salud pública;

Teniendo en cuenta que la Organización Panamericana de la Salud ha puesto en marcha la iniciativa *La salud pública en las Américas* dirigida a la definición y medición de las funciones esenciales de salud pública como base para mejorar la práctica de la salud pública y para fortalecer el rol rector de la autoridad sanitaria a todos los niveles del Estado, y

Considerando la necesidad de que en las reformas del sector salud se preste mayor atención a la salud pública y se fortalezca la responsabilidad social e institucional que compete al Estado a este respecto,

RESUELVE:

1. Agradecer al Director por haber presentado un informe de avance de la iniciativa *La salud pública en las Américas* y por haber iniciado el desarrollo de acciones encaminadas a fortalecer las funciones esenciales de salud pública.
2. Recomendar al Consejo Directivo la aprobación de una resolución redactada en los siguientes términos:

EL 42.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el documento CD42/____ sobre las funciones esenciales de salud pública;

Teniendo en cuenta que la Organización Panamericana de la Salud ha puesto en marcha la iniciativa *La salud pública en las Américas* dirigida a la definición y medición de las funciones esenciales de salud pública como base para mejorar la práctica de la salud pública y para fortalecer el rol rector de la autoridad sanitaria a todos los niveles del Estado;

Considerando la necesidad de que en las reformas del sector salud se preste mayor atención a la salud pública y se fortalezca la responsabilidad social e institucional que compete al Estado a este respecto, y

Tomando nota de la recomendación de la 126.^a sesión del Comité Ejecutivo,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que participen en un ejercicio regional de medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública, a fin de posibilitar un análisis del estado de la salud pública en las Américas, auspiciado por la OPS;
 - b) a que utilicen la medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública para mejorar la práctica de la misma, desarrollar la infraestructura necesaria para tal efecto, y fortalecer el papel rector de la autoridad sanitaria a todos los niveles del Estado.
2. Solicitar al Director:
 - a) que disemine ampliamente en los países de la Región la documentación conceptual y metodológica relativa a la definición y medición de las funciones esenciales de salud pública;
 - b) que lleve a cabo, en estrecha coordinación con las autoridades nacionales de cada país, un ejercicio de medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública con la metodología referida en el documento CD42/____;
 - c) que efectúe un análisis regional sobre el estado de salud pública en las Américas, con base en un ejercicio de medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública que se lleve a cabo en cada país;
 - d) que impulse una reorientación de la educación de salud pública en la Región en articulación con el desarrollo de las funciones esenciales de salud pública;

- e) que incorpore la línea de trabajo sobre las funciones esenciales de salud pública a las acciones de cooperación en materia de reforma sectorial y de fortalecimiento de la función rectora de la autoridad sanitaria.

(Séptima reunión, el 29 de junio de 2000)

CE126.R19: Hacer retroceder el paludismo en la Región de las Américas

LA 126.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el documento CE126/18 en el que se propone a los Estados Miembros en los cuales la malaria es un problema de salud pública, que se adhieran a la iniciativa *Hacer retroceder el paludismo* liderada por la Organización Mundial de la Salud,

RESUELVE:

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

EL 42.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el documento CD42/___ que propone a los Estados Miembros en los cuales la malaria es todavía un problema de salud pública, que adopten la iniciativa *Hacer retroceder el paludismo* en su territorio, y

Teniendo en cuenta que dicha iniciativa, además de ser coherente con el propósito de impulsar a los servicios y sistemas locales de salud, viene en favor de la conjunción de esfuerzos necesaria a la superación de los obstáculos que se presentan a la implementación del control efectivo de la malaria, mediante los ejes de orientación estratégica de coordinación en la aplicación de recursos, implantación de política de medicamentos antimaláricos, y capacitación de recursos humanos para las medidas de control de transmisión de la malaria,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:

- a) a que formalicen la adopción de la iniciativa *Hacer retroceder el paludismo* en aquellos territorios donde la malaria aún representa un problema de salud pública;
 - b) a que establezcan el compromiso de proceder a una evaluación anual de los progresos en los ejes de la iniciativa, hasta que la malaria sea eliminada como problema de salud pública en la Región.
2. Solicitar al Director:
- a) que continúe apoyando los mecanismos de seguimiento del progreso de los programas de prevención y control;
 - b) que respalde los esfuerzos destinados a movilizar los recursos necesarios para la eliminación de la malaria en la Región.

(Séptima reunión, el 29 de junio de 2000)

Decisiones

Decisión CE126(D1): Adopción del orden del día

De conformidad con el Artículo 9 del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo, el Comité adoptó el orden del día presentado por el Director (documento CE126/1, Rev.1),

(Primera reunión, 26 de junio de 2000)

Decisión CE126(D2): Representación del Comité Ejecutivo en el 42.º Consejo Directivo de la OPS, 52.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

De conformidad con el Artículo 54 del Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo decidió designar al titular de la Presidencia (Cuba) y al de la Vicepresidencia (México) para representarlo en el 42.º Consejo Directivo, 52.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Como suplentes de esos representantes, el Comité designó a los delegados de Bolivia y los Estados Unidos de América, respectivamente.

(Primera reunión, 26 de junio de 2000)

Decisión CE126(D3): Informe del Subcomité de Planificación y de Programación

El Comité Ejecutivo autorizó a la Oficina a efectuar cambios en la redacción de las atribuciones del Subcomité de Planificación y de Programación, de tal manera que su terminología sea congruente con la utilizada en las atribuciones de los otros Cuerpos Directivos de la Organización.

(Primera reunión, 26 de junio de 2000)

Decisión CE126(D4): Nombramiento de Guyana para formar parte del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales por ausencia de Antigua y Barbuda

Como Antigua y Barbuda no estuvo representado en la 126.^a sesión, el Comité Ejecutivo designó a Guyana para ocupar temporalmente su lugar en el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales.

(Primera reunión, 26 de junio de 2000)

Decisión CE126(D5): Centenario de la Organización Panamericana de la Salud

El Comité Ejecutivo tomó nota del informe sobre los planes para celebrar el 100.^o aniversario de la OPS (documento CE126/20) y apoyó las recomendaciones allí incluidas.

(Quinta reunión, 28 de junio de 2000)

Decisión CE126(D6) : Agenda compartida de la OPS/BID/Banco Mundial en pro de la salud en las Américas

El Comité Ejecutivo tomó nota del informe sobre la agenda compartida en pro de la salud en las Américas (documento CE126/19) y acogió con beneplácito la iniciativa de colaboración entre la OPS, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial para mejorar las condiciones de salud en la Región.

(Sexta reunión, 28 de junio de 2000)

Decisión CE126(D7): Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OSP

El Comité Ejecutivo tomó nota de la intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OSP (documento CE126/24) y expresó su satisfacción por el mejoramiento, mencionado en el informe, de las relaciones entre la administración de la OSP y su personal.

(Séptima reunión, 29 de junio de 2000)

Decisión CE126 (D8): Resoluciones y otras acciones de la 53.^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS

El Comité Ejecutivo tomó nota del informe sobre las resoluciones y otras acciones de la 53.^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS (documento CE126/25).

(Séptima reunión, 29 de junio de 2000)

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 veintinueve días del mes de junio del año dos mil. El Secretario depositará los textos originales en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana y enviará copias a los Estados Miembros de la Organización.

Carlos Dotres Martínez
Delegado de Cuba
Presidente de la 126.^a sesión del
Comité Ejecutivo

—
George A. O. Alleyne
Secretario *ex officio* de la 126.^a sesión
del Comité Ejecutivo
Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

ORDEN DEL DÍA

1. APERTURA DE LA SESIÓN

2. ASUNTOS RELATIVOS AL REGLAMENTO

- 2.1 Adopción del orden del día y del programa de reuniones
- 2.2 Representación del Comité Ejecutivo en el 42.º Consejo Directivo de la OPS, 52.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
- 2.3 Orden del día provisional del 42.º Consejo Directivo de la OPS, 52.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

3. ASUNTOS RELATIVOS A LOS COMITÉS

- 3.1 Subcomité de Planificación y Programación
 - Informe sobre las 33.^a y 34.^a sesiones
 - Examen del funcionamiento del Subcomité de Planificación y Programación
- 3.2 Premio OPS en Administración, 2000
- 3.3 Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales
 - Examen de las organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS
 - Solicitudes recibidas

4. ASUNTOS RELATIVOS A LA POLÍTICA DE LOS PROGRAMAS

4.1 Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el ejercicio económico 2002-2003

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

- 4.2 Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas
- 4.3 Vacunas e inmunización
- 4.4 Evaluación del Programa Regional de Bioética
- 4.5 Inocuidad de los alimentos
- 4.6 Enfermedades cardiovasculares: la hipertensión arterial
- 4.7 Equipos y dispositivos médicos
- 4.8 Armonización de la reglamentación farmacéutica
- 4.9 Salud de la niñez
- 4.10 Funciones esenciales de salud pública
- 4.11 Paludismo
- 4.12 Agenda compartida de la OPS/BID/Banco Mundial en pro de la salud en las Américas
- 4.13 Centenario de la Organización Panamericana de la Salud

5. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS

- 5.1 Informe sobre la recaudación de las cuotas
- 5.2 Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo para 1998-1999

Informe del Auditor Externo sobre la planificación estratégica, el seguimiento y la evaluación en la OPS
- 5.3 Edificios e instalaciones de la OPS

6. ASUNTOS RELATIVOS AL PERSONAL

- 6.1 Modificaciones del Reglamento del Personal de la OSP
- 6.2 Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OSP

7. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL

- 7.1 Resoluciones y otras acciones de la 53.^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS

8. OTROS ASUNTOS

LISTA DE DOCUMENTOS

Documento oficial

Documento oficial 297 Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo para 1998-1999

Documentos de trabajo

CE126/1, Rev. 2 Adopción del orden del día

CE126/2, Rev. 2 Lista de participantes

CE126/3 Representación del Comité Ejecutivo en el 42.º Consejo Directivo de la OPS, 52.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

CE126/4, Rev. 1 Orden del día provisional del 42.º Consejo Directivo de la OPS, 52.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

CE126/5 Subcomité de Planificación y Programación

- Informe sobre las 33.ª y 34.ª sesiones
- Examen del funcionamiento del Subcomité de Planificación y Programación

CE126/6, Rev. 1 y Add. I Premio OPS en Administración, 2000

CE126/7 y Add. I Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales

- Examen de las organizaciones no gubernamentales quemantienen relaciones oficiales con la OPS
- Solicitudes recibidas

CE126/FR (Esp.)
Anexo B

Documentos de trabajo (cont.)

| | |
|--------------------|---|
| CE126/8 | Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el ejercicio económico 2002-2003 |
| CE126/9 y Add. I | Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas |
| CE126/10 | Vacunas e inmunización |
| CE126/11 | Evaluación del Programa Regional de Bioética |
| CE126/12 | Inocuidad de los alimentos |
| CE126/13 | Enfermedades cardiovasculares: la hipertensión arterial |
| CE126/14 | Equipos y dispositivos médicos |
| CE126/15 y Corrig. | Armonización de la reglamentación farmacéutica |
| CE126/16 | Salud de la niñez |
| CE126/17 | Funciones esenciales de salud pública |
| CE126/18 | Paludismo |
| CE126/19 | Agenda compartida de la OPS/BID/Banco Mundial en pro de la Salud en las Américas |
| CE126/20 | Centenario de la Organización Panamericana de la Salud |
| CE126/21 y Add. I | Informe sobre la recaudación de las cuotas |
| CE126/22 | Edificios e instalaciones de la OPS |
| CE126/23 | Modificaciones del Reglamento del Personal de la OSP |

CE126/24 Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OSP

Documentos de trabajo (cont.)

CE126/25 Resoluciones y otras acciones de la 53.^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS

CE126/26 Informe del Auditor Externo sobre la planificación estratégica, el seguimiento y la evaluación en la OPS

CE126/FR Informe final

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members of the Committee
Miembros del Comité**

Bolivia

Dr. Fernando Cisneros del Carpio
Director de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud y Previsión Social
La Paz

**Canada
Canadá**

Mr. Edward M. Aiston
Director General
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Mr. Nick Previsich
Senior Scientific Advisor
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Cuba

Dr. Carlos Dotres Martínez
Ministro de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Lic. Enrique Comendeiro Hernández
Director de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud Pública

CE126/FR (Esp.)
Anexo C

– 2 –

La Habana

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

Cuba (*cont.*)

Dr. Antonio González Fernández
Jefe, Departamento de Organismos Internacionales
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Mr. Fernando García Bielsa
Primer Secretario
Sección de Intereses de Cuba
Washington, D.C.

Ecuador

Dr. Bayardo García Mata
Viceministro de Salud
Ministerio de Salud Pública
Guayaquil

Guyana

Hon. Dr. Henry Jeffrey
Minister of Health and Labour
Ministry of Health and Labour
Georgetown

Mexico

México

Lic. Eduardo Jaramillo
Director General de Asuntos Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

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

Mexico (cont.)

México (cont.)

Sra. Lourdes Aranda
Ministra, Representante Alterna
Misión de México
ante la Organización de los Estados Americanos,
Washington, D.C.

Lic. Guillermo Reyes
Representante Alterno
Misión de México
ante la Organización de los Estados Americanos,
Washington, D.C.

Nicaragua

Lic. Mariángeles Argüello
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
Managua

Sra. Janett Vásquez Sandoval
Asesora de la Ministra de Salud
Ministerio de Salud
Managua

United States of America
Estados Unidos de América

Dr. Thomas E. Novotny
Deputy Assistant Secretary for International and
Refugee Health
Office of International and Refugee Health
Department of Health and Human Services
Rockville, MD

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

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

Ms. Ann S. Blackwood
Director of Health Programs
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D. C.

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

Dr. Richard S. Walling
Director, Office for the Americas and Middle East
Office of International and Refugee Health
Office of Public Health and Science
Department of Health and Human Services
Rockville, MD

Observers
Observadores

Member States
Estados Miembros

Costa Rica

Dra. Xinia Carvajal Salazar
Viceministra de Salud
Ministerio de Salud
San José

Observers (*cont.*)
Observadores (*cont.*)

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

France
Francia

Mme Marie-Anne Courrian
Observateur Permanent Adjoint de la Mission de la France
auprès de l'Organisation des Etats américains
Washington, D.C.

Jamaica

Ms. Vilma Kathleen McNish
Minister/Alternate Representative
Permanent Mission of Jamaica
to the Organization of American States
Washington, D.C.

Peru
Perú

Sr. Eduardo Zeballos Valle
Segundo Secretario
Representación del Perú
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Uruguay

Mr. Ricardo Varela
Ministro Consejero
Misión Permanente de Uruguay
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Observers (cont.)
Observadores (cont.)

Intergovernmental Organizations
Organizaciones Intergubernamentales

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

Mr. Guillermo Grajales

Organization of American States
Organización de los Estados Americanos

Ms. Mercedes Kremenetzky
Mr. Jorge Guillermo Rucks de Fuentes

United Nations Development Program
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

Ms. Danielle F. Benjamin

United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean
Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe

Sr. Rex García

Nongovernmental Organizations
Organizaciones No Gubernamentales

Emergency Care Research Institute (ECRI)

Mr. Jonathan A. Gaev

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

Ing. Luiz Augusto de Lima Pontes

Observers (*cont.*)
Observadores (*cont.*)

Nongovernmental Organizations (*cont.*)
Organizaciones No Gubernamentales (*cont.*)

Latin American Confederation of Clinical Biochemistry
Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica

Lic. Nelly Betances Cruz
Lic. Maritza Flores de Parra

Latin American Federation of Hospitals
Federación Latinoamericana de Hospitales

Mrs. Ana Cristina Pereiro Neumüller

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

Ms. Hilda Abreu

United States Pharmacopeia

Ms. Jennifer Devine

**Pan American Sanitary Bureau
Oficina Sanitaria Panamericana**

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

Dr. George A. O. Alleyne

*Advisers to the Director
Asesores del Director*

Dr. David Brandling-Bennett
Deputy Director
Director Adjunto

Dr. Mirta Roses Periago
Assistant Director
Subdirectora

Mr. Eric J. Boswell
Chief of Administration
Jefe de Administración

Dr. Juan Antonio Casas
Director, Division of Health and Human Development
Director, División de Salud y Desarrollo Humano

Dr. Stephen J. Corber
Director, División de Prevención y Control de Enfermedades
Director, Division of Disease Prevention and Control

Dr. Ciro De Quadros
Director, Division of Vaccines and Immunization
Director, División de Vacunas e Inmunización

Dr. Daniel López Acuña
Director, Division of Health Systems and Services Development
Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

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

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

Dr. Mauricio Pardón
Director, Division of Health and Environment
Director, División de Salud y Ambiente

Dr. José Antonio Solís
Director, Division of Health Promotion and Protection
Director, División de Promoción y Protección de la Salud

Dr. Carlos Castillo Salgado
Chief, Special Program for Health Analysis
Jefe, Programa Especial de Análisis de Salud

Dr. Irene Klinger
Chief, Office of External Relations
Jefa, Oficina de Relaciones Externas

Dr. Diana Serrano LaVertu
Chief, Department of Personnel
Jefa, Departamento de Personal

Dr. Karen Sealey
Chief, Office of Analysis and Strategic Planning
Jefa, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica

Legal Counsel
Asesora Jurídica

Dr. Heidi V. Jiménez

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

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

Dr. Richard P. Marks

Chief, Conference and Secretariat Service
Jefa, Servicios de Conferencias y Secretaría

Ms. Janice A. Barahona