



XXIII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

XLII REUNION DEL COMITE REGIONAL

WASHINGTON, D.C.

SEPTIEMBRE 1990

Tema 3.1 del programa provisional

CSP23/3, Corrig. (Esp.)

17 septiembre 1990

ORIGINAL: ESPAÑOL

INFORME ANUAL DEL PRESIDENTE DEL COMITE EJECUTIVO (presentado por el Dr. Héctor Borges Ramos)

El Artículo 4.F de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el que se describen las funciones de la Conferencia Sanitaria Panamericana, establece que ésta considerará el informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo. Se da cumplimiento a dicho trámite constitucional presentando a continuación el informe de las actividades llevadas a cabo por el Comité Ejecutivo durante el período comprendido entre septiembre de 1989 y septiembre de 1990, en el que celebró sus 104a y 105a Reuniones.

104a REUNION DEL COMITE EJECUTIVO

La 104a Reunión del Comité Ejecutivo tuvo lugar el día 30 de septiembre de 1989 en el edificio de la Sede en Washington, D.C., con la asistencia de los representantes de los siguientes miembros: Barbados, Brasil, Canadá, El Salvador, Haití, Panamá, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela, y de los observadores de Argentina, Bahamas y Estados Unidos de América.

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

Fueron elegidos por unanimidad para integrar la Mesa Directiva del Comité, como Presidente, el Representante de Venezuela, Dr. Héctor Borges Ramos, y como Vicepresidente y Relator, los Dres. Emanuel Hosein (Trinidad y Tabago) y Roberto Bastos Carreiro (Brasil), respectivamente.

En sustitución de Estados Unidos de América que había terminado su mandato el Comité eligió a Barbados para sumarse a Canadá, Uruguay y Venezuela como miembro del Subcomité de Planificación y Programación. Asimismo, el Comité eligió a Haití y Brasil miembros del Subcomité sobre Organizaciones Interamericanas No Gubernamentales en Relaciones Oficiales con la OPS, para sustituir a los Estados Unidos de América y a Santa Lucía, cuyos mandatos en el Comité habían llegado a su término. Panamá forma parte también de este Subcomité.

Como es costumbre, el Comité llevó a cabo un minucioso análisis del desarrollo y contenido de la recién concluida XXXIV Reunión del Consejo Directivo y fijó las fechas para la celebración de la 105a Reunión del Comité Ejecutivo y de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana.

105a REUNION DEL COMITE EJECUTIVO

En la descripción de las tareas del Comité, se considera preferible seguir no tanto el orden cronológico de los debates, sino la evolución de cada uno de los asuntos tratados, tal como se enumeran en el programa de temas de la Reunión.

1. APERTURA DE LA REUNION

La 105a Reunión del Comité Ejecutivo tuvo lugar en Washington, D.C., en el edificio de la Sede del 25 al 29 de junio de 1990.

Participaron en sus tareas representantes de los siguientes Gobiernos Miembros del Comité: Brasil, Canadá, El Salvador, Haití, Panamá, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela, así como observadores de Colombia, Costa Rica, Chile, Cuba y Estados Unidos de América, de cinco organizaciones intergubernamentales y de otras cinco organizaciones no gubernamentales. El Subcomité de Planificación y Programación estuvo representando por uno de sus miembros y el Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo estuvo representado por su Presidenta.

En ausencia del Vicepresidente, Dr. Emanuel Hosein, de Trinidad y Tabago, y de acuerdo con las disposiciones reglamentarias, el Comité eligió Vicepresidente pro tempore a la Sra. Glenda Maynard, de Trinidad y Tabago.

En ausencia del Relator, Dr. Roberto Carreiro, del Brasil, y de acuerdo con las disposiciones reglamentarias, el Comité eligió Relator pro tempore al Dr. Carlos Abadía, de Panamá. Más tarde, en ausencia del Dr. Abadía, el Comité eligió Relator pro tempore al Dr. Eduardo Lasalvia, de Uruguay.

Hubo un total de nueve sesiones plenarias y una sesión privada a lo largo de cinco días de intenso trabajo durante los cuales el Comité despachó satisfactoriamente el trabajo importante que le asigna la Constitución de la Organización. Contribuyó decisivamente al éxito de la reunión el respaldo eficaz e infatigable recibido por parte del Director, Dr. Carlyle Guerra de Macedo, y del resto del personal que trabaja a sus órdenes.

El Comité trató de los siguientes asuntos que resultaron en una serie de decisiones y resoluciones.

2. ASUNTOS RELATIVOS AL REGLAMENTO

Tema 2.1: Adopción del programa de temas

En la primera sesión plenaria, el Comité Ejecutivo adoptó el programa provisional de temas (Documento CE105/1, Rev. 2) presentado por el Director.

Tema 2.2: Representación del Comité Ejecutivo en la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, XLII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas

De conformidad con el Artículo 14 del Reglamento Interno, en la primera sesión plenaria se decidió designar al Relator, Dr. Carlos Abadía (Panamá), para representar, juntamente con el Presidente, Dr. Héctor Borges (Venezuela), al Comité Ejecutivo en la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, XLII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Igualmente, se decidió nombrar representantes suplentes al Dr. Eduardo Lasalvia (Uruguay), como suplente del Dr. Borges, y a la Dra. Glenda Maynard (Trinidad y Tabago), como suplente del Dr. Abadía.

Tema 2.3: Programa provisional de temas de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, XLII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas

En su novena sesión plenaria, el Comité Ejecutivo, en su Resolución XVIII, aprobó el programa provisional de temas (Documento CE105/3) preparado por el Director para la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, XLII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, con dos modificaciones: La supresión del tema 4.2 "Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud" y la adición de un nuevo tema 6.4, "Edificio de la Sede".

3. INFORMES DE COMITES Y SUBCOMITES

Tema 3.1: Informe del Subcomité de Planificación y Programación

En ausencia del Presidente del Subcomité, Dr. Taitt, presentó el informe (Documento CE105/25) el Sr. Boyer (Miembro del Subcomité). Explicó que, desde la última reunión del Comité Ejecutivo, el Subcomité de Planificación y Programación se había reunido dos veces, en diciembre de 1989 y en abril de 1990 bajo la presidencia del Dr. Taitt (Barbados). A ambas reuniones habían asistido representantes de Barbados, Brasil, Canadá, Estados Unidos de América, México, Uruguay y Venezuela. Además, el Subcomité había analizado los programas de cooperación técnica en el Ecuador y en Trinidad y Tabago, con la participación de sus respectivos Ministros de Salud y los Representantes de la OPS en los países. Entre las cuestiones examinadas por el Subcomité no incluidas en otros temas del programa del Comité Ejecutivo figuró el nuevo Programa de Comunicación en Salud, cuyos aspectos básicos había presentado la Secretaría.

Entre sus puntos fundamentales, se mencionó la necesidad de utilizar métodos modernos de comunicación y de poner al alcance de las personas los conocimientos que les permitan tomar decisiones informadas. También se hizo referencia a algunas actividades anteriores, como las dos teleconferencias sobre el SIDA y el programa de televisión Salud para Todos. Esta nueva estrategia de utilizar los medios de comunicación y la tecnología de avanzada en las comunicaciones representaba un cambio de enfoque que los miembros del Subcomité habían acogido favorablemente.

En relación con el tema de ajustes sectoriales en salud, el documento presentado al Subcomité proponía que los ajustes se consideraran como oportunidades para el desempeño del mandato de la OPS a fin de hacer los sistemas nacionales de salud más equitativos, eficientes y efectivos. Los miembros del Subcomité habían reconocido la importancia de que la OPS participase en el desarrollo de esas operaciones en la Región.

En relación con el programa de investigaciones de la OPS, la Secretaría había presentado un análisis de los resultados conseguidos y de las dificultades registradas. Estas dificultades se habían debido sobre todo a la incompatibilidad entre la estructura del programa de trabajo y el perfil de recursos humanos de la Organización.

Con respecto a la deuda externa y los programas de salud, la Secretaría había explorado recientemente la posible conversión de la deuda en recursos para la salud. La aplicación de esta idea ofrecía posibilidades de brindar a los Países Miembros recursos adicionales para ayudarlos a atender sus prioridades nacionales en materia de salud y tal vez de aliviar la carga de la deuda de algunos países. El mecanismo de conversión de la deuda por salud no difería de otros tipos de conversión en cuanto que representaba la cancelación de una parte de la deuda pública o privada, a cambio de un acuerdo de utilizar el equivalente de la deuda cancelada para incrementar los recursos de salud. Este tema había generado gran interés entre los miembros del Subcomité.

Asimismo, el Director informó sobre su participación en la VII cumbre de Presidentes de Centroamérica, celebrada en Montelimar (Nicaragua), y distribuyó una copia de la Declaración de Montelimar, cuyo punto 15 reafirmaba que "la salud de los pueblos centroamericanos es una prioridad política que implica mantener y profundizar las acciones conjuntas de salud concebidas como un puente para la paz y el entendimiento entre los pueblos de área". En consecuencia, los Presidentes habían decidido orientar a sus Ministros de Salud para que de inmediato se evaluaran los logros de los últimos cinco años del Plan de Necesidades Prioritarias en Salud en Centroamérica y Panamá (PPS/CAP) y se elaborase una nueva iniciativa de salud para Centroamérica. Para ello solicitaban la colaboración de la OPS y de la OMS, entre otros.

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

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

La Dra. Maynard, en su calidad de Presidenta del Subcomité, presentó el informe (Documento CE105/19). Señaló que el Subcomité, integrado por el Canadá, El Salvador, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela, había celebrado su Décima Reunión del 2 al 4 de abril de 1990.

Indicó que se había aprovechado dicho aniversario para recordar los orígenes del Subcomité y para pasar revista a los logros alcanzados en el decenio transcurrido. Asimismo, se fijaron los criterios para orientar la cooperación técnica sobre Mujer, Salud y Desarrollo en el contexto de las orientaciones estratégicas y las prioridades programáticas para la Organización en el cuatrienio 1991-1994.

La Presidenta del Subcomité se refirió al informe contenido en el Documento CE105/19 y señaló a la atención del Comité las recomendaciones que se habían formulado en relación con los distintos temas examinados. En particular, se había aprobado resoluciones en relación con el tema 4.1 de su programa, "Revisión de las resoluciones de los Cuerpos Directivos de la OPS sobre Mujer, Salud y Desarrollo"; sobre el tema 5, "Criterios para orientar la cooperación técnica sobre Mujer, Salud y Desarrollo"; sobre el tema 5.1, "Precisiones conceptuales sobre Mujer, Salud y Desarrollo"; sobre el tema 5.2, "Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas sobre Mujer, Salud y Desarrollo para el cuatrienio 1991-1994"; y sobre el tema 5.3; "Conclusiones del estudio sobre el perfil epidemiológico de la salud de la mujer en la Región de las Américas". Asimismo había aprobado el Plan de Actividades del Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo 1990-1991.

La Presidenta del Subcomité destacó para concluir que la Mujer, la Salud y el Desarrollo no era un programa que pudiera considerarse aisladamente; debía considerarse en relación con otros a fin de fortalecer las interconexiones de que dependen la salud y el desarrollo, no sólo de la mujer, sino también del hombre.

Durante el debate subsiguiente, se sugirió que un procedimiento adecuado para traducir la labor del Subcomité en iniciativas futuras podría consistir en una resolución, en la que se recogieran las diversas recomendaciones contenidas en el informe del Subcomité. Se planteó también la cuestión de cuál era el lugar adecuado para los puntos focales mencionados en el informe.

El Director, después de destacar el lugar privilegiado que ocupa la OPS en relación a este tema, ya que tiene un programa específico sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, e incluso proyectos con financiación extrapresupuestaria, señaló que la Región de las Américas será probablemente la única Región de la OMS que cumplirá la meta de tener un 30% de mujeres en su personal profesional. En cuanto a los puntos focales nacionales, estimaba que debían estar coordinados desde los ministerios de salud, pero sin restringir sus actividades a las que esos ministerios pueden cumplir.

El Comité no consideró necesario adoptar una resolución en relación con este tema.

Tema 3.3: Informe del Jurado del Premio OPS en Administración, 1990

El Jurado del Premio OPS en Administración, 1990, integrado por los representantes de Brasil, Canadá y Uruguay, celebró una sesión el 27 de junio y presentó el informe en la séptima sesión plenaria en la que el Comité Ejecutivo aprobó la Resolución IX por la que resuelve tomar nota de la decisión del Jurado de que se adjudique el Premio OPS en Administración, 1990, al Dr. Pedro A. de Armas H., de Venezuela, por su destacada labor en el área de administración de salud.

4. ASUNTOS RELATIVOS A LA POLITICA DE LOS PROGRAMAS

Tema 4.1: Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas de la Organización Panamericana de la Salud en el cuatrienio 1991-1994

El Sr. Boyer (Representante del Subcomité de Planificación y Programación) presentó el informe del Subcomité sobre este tema. Indicó que el Subcomité había recibido una versión preliminar del documento "Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas de la Organización Panamericana de la Salud en el cuatrienio 1991-1994" (Documento CE105/24). El Subcomité había examinado detenidamente el documento y se había mostrado de acuerdo en general con su estructura y contenido. En particular, había apoyado firmemente la sugerencia de que los Países Miembros participasen activamente en las actividades de la OPS. Asimismo consideró que era importante que la OPS continuase fijando sus propias prioridades, con la participación activa de los Países Miembros y del Subcomité.

Seguidamente, el Dr. López Acuña (OPS) explicó que en el documento "Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas de la Organización Panamericana de la Salud en el cuatrienio 1991-1994" se habían incorporado las recomendaciones del Subcomité. Añadió que las orientaciones y prioridades que aprueben los Cuerpos Directivos para el próximo cuatrienio constituirán la base de doctrina que deberá alentar a los Gobiernos a transformar los sistemas nacionales de salud y guiar el trabajo de cooperación técnica de la Secretaría. Aclaró que el documento constituye un marco de referencia, no un plan de acción ni un presupuesto por programas o un inventario de problemas prioritarios.

Habida cuenta del deterioro económico y social, y de la consiguiente acumulación de necesidades sociales insatisfechas, la cuestión del desarrollo será el gran problema de la Región de la década de los noventa. Existía en consecuencia una agenda regional de la salud, articulada en torno a seis grandes desafíos para la transformación de los sistemas nacionales de salud de las Américas: necesidad de reducir el déficit de los servicios de salud; necesidad de mejorar la capacidad de identificación de los grupos de población con más carencias sanitarias;

necesidad de formular políticas y programas que persigan la equidad en la salud; necesidad de aumentar la eficiencia del sector; necesidad de reasignar los recursos hacia las actividades de mayor eficacia; y necesidad de reorganizar el sector para avanzar en un proceso de modernización. A la luz de estos problemas habrá que determinar la respuesta de la Organización Panamericana de la Salud en el cuatrienio de 1991-1994. Seguidamente, el Dr. López Acuña presentó, con ayuda de diapositivas, las siete orientaciones estratégicas recogidas en el documento: la reorganización del sector salud; la salud en el proceso de desarrollo; la integración de la mujer en la salud y el desarrollo; la administración del conocimiento; la utilización de la comunicación social en el fomento y desarrollo de la Salud; la cooperación entre países; y la movilización de recursos.

En cuanto a las prioridades programáticas, el Dr. López Acuña explicó que se dividen en dos grandes grupos: las correspondientes al desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud (análisis económico del sector; financiamiento sectorial; desarrollo metodológico de la programación; evaluación de la tecnología y la calidad de la atención; políticas de capacitación permanente), y las correspondientes a las líneas de acción prioritaria (protección ambiental; promoción de la salud física y mental; alimentación y nutrición; salud de la madre, del niño y del adolescente; control y eliminación de enfermedades transmisibles; prevención y control de la farmacodependencia).

En el debate subsiguiente, se elogió, en general, el esfuerzo en la preparación del documento presentado y, en particular, el énfasis que hacía en ciertos aspectos, como el desarrollo, la utilización de los medios de comunicación, la descentralización, la institucionalización, la cooperación y la integración. Algunos Miembros del Comité señalaron, sin embargo, la excesiva complejidad del documento y la confusión que parecía existir entre las prioridades de programación, las estrategias para alcanzar esas prioridades y los instrumentos para poner en práctica las estrategias. Se reconoció, sin embargo, que las estrategias y recomendaciones formuladas en el documento se orientaban hacia los problemas reales, por lo que cabía felicitar a sus autores.

El Director expresó su satisfacción por los comentarios que había merecido el documento y señaló que no era fácil preparar un estudio que combinase las orientaciones estratégicas con la definición de prioridades programáticas orientadas hacia la acción. En todo caso, era preciso mejorar el documento en su conjunto, conseguir un mejor ordenamiento lógico y marcar pautas para la participación más activa, directa y constante de los Gobiernos Miembros. Por último, convenía simplificar el lenguaje del documento, cuya versión definitiva se someterá a la consideración de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana.

Como resultado del debate, el Comité aprobó en la sexta sesión plenaria la Resolución IV en la que resuelve, en particular, sugerir a la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana que aprueba una resolución en el sentido de aprobar, una vez incluidas las sugerencias expresadas por el Comité Ejecutivo, el documento "Orientaciones estratégicas y prioridades

programáticas para la OPS en el cuatrienio 1991-1994", y pedir al Director que aplique estas orientaciones y prioridades al formular los presupuestos del cuatrienio 1991-1994; que asegure que la estructura y operaciones de la Secretaría reflejen las orientaciones y prioridades; que difunda entre los Gobiernos Miembros el documento de las orientaciones estratégicas y las prioridades programáticas; que transmita el documento al Director General de la OMS; y que transmita el documento a las organizaciones de cooperación de países donantes. Resuelve asimismo pedir a los Gobiernos Miembros que tengan en cuenta estas orientaciones y prioridades en la elaboración de sus políticas nacionales de salud.

Tema 4.2: Anteproyecto de Presupuesto por Programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el Bienio 1992-1993

El Sr. Boyer (Representante del Subcomité de Planificación y Programación) explicó que la propuesta provisional presentada al Subcomité en abril de 1990 en relación con los fondos ordinarios de la OMS mostraba un incremento general de costos de 8,9% sobre el presupuesto por programas para 1990-1991 de \$65.027.000. En consecuencia, el Subcomité había convenido en que se presentase a la 105a Reunión del Comité Ejecutivo la propuesta provisional de \$70.806.000, ajustada para tomar en consideración los incrementos salariales del personal profesional aprobados por las Naciones Unidas, a fin de que el Comité pudiese formular sus recomendaciones a la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre de 1990.

A continuación, el Sr. Milam (OSP), presentando el informe sobre este tema (Documento CE105/16), explicó que la Conferencia, en su función de Comité Regional de la OMS para las Américas, hará recomendaciones al Director General de la OMS. El proyecto regional será parte integrante del proyecto global que se presentará al Consejo Ejecutivo de la OMS en enero de 1991 y a la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1991.

El proyecto combinado General de la OMS y la OPS para 1992-1993 será sometido al Subcomité de Planificación y Programación, al Comité Ejecutivo y al Consejo Directivo en 1991.

Entretanto, la propuesta presentada en relación con los fondos ordinarios de la OMS se basaba en el programa proyectado en el Documento Oficial 226 de mayo de 1989.

El Cuadro I del Documento CE105/16 mostraba el incremento máximo de costos. Las actividades de países se limitaban a un incremento máximo de costos del 11,0% sobre la base de 1990-1991, y las actividades regionales e interpaíses en un incremento máximo del 9,0%. La propuesta total, entonces, incluiría un incremento de 9,9%. El Cuadro II mostraba la distribución del presupuesto por categorías de ubicación, y el Cuadro III, la distribución del proyecto en la Estructura de Clasificación de Programas de la OMS.

El Director señaló, con referencia al Cuadro II del Documento CE105/16, que sin incremento alguno de costos reales se había logrado transferir recursos, de tal modo que, con respecto al presupuesto de la OMS para 1992-1993, la Cooperación con los Países representaba el 88,1%, la Dirección Técnica y Administrativa el 11,4%, y los Cuerpos Directivos, el 0,5%.

En la quinta sesión plenaria, el Comité Ejecutivo aprobó la Resolución III, en la que, entre otras cosas, da las gracias al Director por haber presentado un proyecto preliminar de presupuesto ordinario por programas de la OMS para el bienio 1992-1993 que incluye un aumento de los fondos asignados a los programas de los países sin proponer al mismo tiempo un aumento para los programas en general, y recomienda a la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, XLII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, que apruebe la propuesta de \$71.491.000 para 1992-1993, mediante la aprobación de una resolución en la que pida al Director que transmita al Director-General de la OMS la solicitud de \$71.491.000 para la Región de las Américas para el bienio 1992-1993, para ser considerada por el Consejo Ejecutivo de la OMS y la Asamblea Mundial de la Salud en 1991.

Tema 4.3: Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas

El Dr. Zacarías (OSP) presentó el informe sobre este tema (CE105/7 y ADD. I). Explicó que, al 1 de junio de 1990 los 46 países o territorios de las Américas habían notificado en total de 161.048 casos de SIDA a la OPS. Estos casos representaban el 61% del total mundial, y cinco países--Estados Unidos de América, Brasil, Canadá, Haití y México--seguían representado más del 95% de todos los casos notificados en la Región. América del Norte notificó el mayor número de casos, 136.463. En cuanto a la distribución porcentual en América Latina y el Caribe, Brasil representaba el 41% del total de casos, México el 19%, el Caribe Latino el 16%; el Cono Sur el 4%, el Istmo Centroamericano el 5%, los países del Area Andina el 7% y los países del Caribe de habla inglesa, el 9%.

El Dr. Zacarías recordó que la distribución geográfica de los casos de SIDA no era homogénea y que algunos territorios e islas más pequeñas del Caribe tenían un número excepcionalmente elevado de casos en relación con sus poblaciones. En los países mayores, se observaba una concentración de casos en las áreas urbanas y en ciertos estados y provincias.

En cuanto a los patrones de transmisión, junto a la transmisión entre hombres homosexuales en ciertos países cobraba mayor importancia la transmisión heterosexual, habiendo aumentado considerablemente el número de mujeres infectadas por VIH.

El Dr. Zacarías se refirió después al problema que seguía representando la transmisión a través de la sangre en muchos países de las Américas, cuyos servicios de transfusión no permitían garantizar siempre el tamizaje de toda la sangre transfundida. Mencionó asimismo el rápido aumento de la transmisión por medio de jeringas y agujas contaminadas entre personas que se inyectan por vía endovenosa. Se refirió asimismo a la transmisión perinatal. Otro factor importante de la transmisión del VIH era la prostitución, habiéndose demostrado que otras enfermedades de transmisión sexual contribuyen notablemente a la transmisión del VIH.

Con respecto a la prevención, se estaban realizando campañas masivas de educación dirigidas a la población en riesgo, ya que aún no se disponía de una vacuna eficaz contra el SIDA. Desde 1987, la OPS había promovido el establecimiento de programas nacionales de prevención y control en todos los países de la Región. En general, los planes del Programa Regional reflejan las estrategias del Programa Mundial: prevención de la transmisión sexual; prevención de la transmisión por sangre; prevención de la transmisión perinatal; y reducción del impacto de la epidemia del SIDA sobre los individuos y la sociedad en general.

En el debate subsiguiente se elogió en general la calidad del informe presentado por la Secretaría. Se destacaron algunos puntos que los miembros del Comité consideraban de especial importancia y se hicieron diversas sugerencias. Se señaló en particular la necesidad de una tecnología accesible para el diagnóstico de la infección por VIH. Se mencionó también el problema de las enfermedades clásicas, como la tuberculosis, que a menudo se asocian a la infección por SIDA. Se insistió en la importancia de la difusión de información respecto al SIDA y la infección por VIH, y en particular de la educación masiva y la utilización eficiente de los medios de comunicación.

El Director se refirió al sentimiento generalizado de que se está perdiendo la batalla contra el SIDA. Es cierto que las tasas de incidencia siguen en aumento, al igual que las tasas de infección, lo que parecería demostrar un fracaso, al menos temporal, de las actividades de prevención. Mencionó asimismo el riesgo que supone la aceptación de la "convivencia pacífica" con el SIDA y la consiguiente fatiga de las fuentes financieras para aumentar los recursos contra el SIDA. Otra preocupación era el cambio en el patrón epidemiológico de transmisión. Se refirió también a la prioridad recomendable y necesaria a nivel de los países y de la Región respecto de esta enfermedad y mostró su preocupación por la excesiva dependencia de los programas nacionales de la financiación externa. Mencionó que los Cuerpos Directivos de la OMS habían aprobado recientemente cambios tendientes a facilitar la descentralización del programa mundial, particularmente en lo referente a la movilización de recursos financieros. Por último, el Director señaló que el Programa de Investigaciones estaba colaborando con cuatro instituciones científicas de la Región en una iniciativa destinada a producir un método de diagnóstico que pudiera ser utilizado sin instrumental científico de precisión.

Habida cuenta del debate, en la séptima sesión plenaria se aprobó la Resolución V, en la que la 105a Reunión del Comité Ejecutivo recomienda a la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana que apoye las metas del programa contra el SIDA en las Américas, que inste a los Gobiernos Miembros a que identifiquen y movilicen recursos internos y externos adecuados para velar por la participación eficiente en la prevención y control del SIDA a nivel nacional, y que solicite al Director de la OSP, en coordinación con PGS/OMS, que refuerce la capacidad regional de gerencia y movilización de recursos en apoyo de los programas nacionales de prevención del SIDA.

Tema 4.4: Plan de Acción para la Erradicación de la Transmisión Autóctona del Poliovirus Salvaje

El Dr. de Quadros (OSP) presentó el informe sobre este tema (Documento CE105/13). En relación con el desarrollo del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), señaló que en 1989 la cobertura de inmunización en las Américas había logrado el más alto nivel histórico; era de lamentar, sin embargo, que en algunos países sólo recientemente se hubiesen incluido las vacunas DPT y antisarampionosa, junto con la anti-poliomielítica, en las jornadas de inmunización. En cuanto a las actividades nacionales de erradicación de la transmisión autóctona del poliovirus salvaje, en 1989 la lucha antipoliomielítica había hecho progresos notables en todos los países de la Región, y de los numerosos casos notificados sólo se confirmaron 28. También continuaban mejorando sensiblemente los indicadores de vigilancia epidemiológica. Uno de estos indicadores era la incidencia de las parálisis flácidas en la población de menores de 15 años. Según los datos acopiados por el PAI, se preveía por lo menos un caso anual de parálisis flácida aguda por cada 100.000 niños menores de 15 años.

En 1989 se habían registrado 24 casos de virus salvaje en la Región (13 en México, 1 en Venezuela, 5 en Colombia, 2 en Ecuador, 1 en Perú y 2 en Brasil). Se preveía que la transmisión se interrumpiese en 1990.

Con respecto a los retos futuros para la Organización y los Países Miembros, el Dr. de Quadros recordó que, desde que el Director propuso la erradicación de la poliomielitis en las Américas, se habían obtenido muchas enseñanzas y se había visto que los esfuerzos realizados contribuían realmente a mejorar la cobertura de inmunización y el control de otras enfermedades con técnicas muy avanzadas. Así, se había visto que era posible identificar las áreas para el control del tétanos neonatal y que la coordinación entre organismos era muy importante. Gracias a esta coordinación se habían movilizado más de US\$110 millones de fondos de USAID, el Club Rotario Internacional, el UNICEF, el Banco Interamericano de Desarrollo y otros organismos. Estos recursos externos habían permitido movilizar más de \$430 millones de los propios países en favor del Programa.

Era preciso ahora hacer un nuevo esfuerzo con miras al aumento de las coberturas de vacunación, la mejora de la vigilancia epidemiológica, la eliminación del tétanos neonatal y el control de sarampión, introduciendo además nuevas vacunas como la triple viral contra la rubéola, la paratiditis, el sarampión y la hepatitis B, por ejemplo.

En el debate subsiguiente se puso de relieve el esfuerzo realizado en los últimos años en la Región de las Américas para erradicar la poliomielitis en marco del Programa Ampliado de Inmunización.

El Director subrayó el esfuerzo realizado durante los últimos años en la Región de las Américas para erradicar la poliomielitis en el marco del PAI. Recordó que los países de las Américas habían sido capaces de movilizar \$430.000.000 para la lucha antipoliomielítica. En la actualidad, se podía decir que casi se había logrado suprimir la circulación del poliovirus salvaje en las Américas y que se podría alcanzar la meta de erradicar la poliomielitis para el año 2000. La historia escrita de la humanidad había ensalzado sobre todo las conquistas y las victorias en caso de conflictos y guerras; sin embargo, centenares de miles de personas que trabajan en el campo de la salud están escribiendo la historia de otras conquistas, unas ya consagradas--como la erradicación de la viruela--y otras en los umbrales de su consecución.

Como resultado del debate, el Comité Ejecutivo aprobó en la séptima sesión plenaria la Resolución VI en la que, entre otras cosas, recomienda a la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución, en virtud de la cual resolvería reconocer la función crítica que han desempeñado en los últimos cinco años USAID, el BID, UNICEF, CIDA/CPHA y el Club Rotario Internacional; pedir que estos y otros organismos presten apoyo financiero y técnico a las actividades delineadas en el documento "Salud infantil: Programa acelerado de inmunización en las Américas"; instar a los Gobiernos a que asignen los fondos necesarios para la compra de vacunas; reiterar que todos los Gobiernos Miembros deben tomar medidas para mantener la cobertura total de todas las vacunas; ampliar las medidas destinadas a controlar el tétanos neonatal y fortalecer aún más el control del sarampión; recalcar a los Gobiernos Miembros la importancia crítica de la nueva clasificación de casos de poliomielitis para la interrupción de la transmisión autóctona de poliovirus salvajes; y pedir al Director que haga todo lo posible para apoyar las actividades necesarias para detener la transmisión del poliovirus salvaje; que de los pasos necesarios para velar por la coordinación de los organismos y el financiamiento de la fase II del proyecto; y que presente a la Reunión del Consejo Directivo de 1991 un informe sobre el progreso alcanzado en los resultados de la Comisión Internacional de Calificación de la erradicación de la poliomielitis y en la financiación de la fase II.

Tema 4.5: Información científica y técnica en salud

La Sra. Kefauver (Representante del Subcomité de Planificación y Programación) declaró que en la reunión celebrada en abril de 1990, la Secretaría había presentado un documento en el que se describe el Programa Regional de Información Científico-técnica en Salud y algunas actividades afines realizadas por la OPS en colaboración con BIREME y otros Centros Panamericanos, como CEPIS, CLAP, etc. Los miembros del Subcomité reconocieron la importancia de la información científico-técnica e instaron a que las publicaciones de la OPS se dirigiera no sólo a los profesionales médicos sino a todos los profesionales de los servicios de salud.

El Dr. Bobenrieth (OSP) se refirió al informe sobre este tema (Documento CE105/14), en el que se presentan las bases legales y administrativas, las publicaciones científicas, la documentación e información científica y técnica en salud y algunas perspectivas futuras. Señaló que todos los programas técnicos regionales de la OPS y los Centros Panamericanos usaban la difusión de información para apoyar las estrategias en sus áreas específicas de acción. Citó en este respecto el Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción; el Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias; y el Programa de Información Científica y Técnica en Salud (HBI). La política de publicaciones de la OPS tenía como objetivos la difusión de conocimientos esenciales actualizados que promuevan la cooperación técnica entre la OPS y los gobiernos. De acuerdo con estos objetivos, la Organización tratará de fortalecer los sistemas nacionales de información ya existentes y de estimular su creación en los países en que no existan.

En relación con las publicaciones científicas, el Dr. Bobenrieth subrayó que la OPS seguirá prestando especial atención a acrecentar la capacidad y los recursos de sus contrapartes nacionales y que cooperará en la realización de inventarios de sus publicaciones y en la evaluación de sus necesidades.

En el debate subsiguiente, se mencionó el papel de los programas nacionales de información biomédica en algunos países y la importancia de los esfuerzos cooperativos entre los ministerios de salud, las universidades, el sistema de salud y la OPS. Se destacó asimismo la importante participación y el apoyo permanente de la OPS y en particular de BIREME y de HBI. Se insistió en que las autoridades nacionales de salud pública debían ser las coordinadoras y distribuidoras de la información.

El Director puso de relieve cuatro aspectos que consideraba especialmente importantes: la información científico-técnica dentro de la Organización en su conjunto, en particular a través del Programa de Información Científico-técnica y de los programas técnicos de los Centros Panamericanos; la utilización de los medios de comunicación de masas (televisión, radio, prensa); la utilización de las nuevas tecnologías,

incluidas las comunicaciones por satélite y los discos compactos CD-ROM; y por último el acceso a la información científico-técnica de los servicios de salud a todos los niveles, incluido el nivel primario.

Como resultado del debate, en la séptima sesión plenaria se aprobó la Resolución VII, en la que, entre otras cosas, el Comité recomienda una resolución a la Conferencia en la que se insta a los Gobiernos a que asignen gran prioridad a la información científica y técnica en salud y promuevan la creación de revistas biomédicas y otras publicaciones, y solicita al Director que refuerce la función de la OPS en el mejoramiento de las comunicaciones biomédicas, que asegure que esta información llegue a todos los niveles del sistema de atención de salud y busque los fondos extrapresupuestarios necesarios para lograr estos objetivos.

Tema 4.6: Protección ambiental

La Sra. Kefauver (Representante del Subcomité de Planificación y Programación) dijo que el Subcomité ya había señalado en su informe el gran deterioro del ambiente, tanto en las áreas urbanas como rurales de la Región, y que su impacto potencial sobre la salud de la población estaba adquiriendo gran importancia en los programas de los Gobiernos. En respuesta a esta inquietud, la OPS había intensificado sus esfuerzos para mejorar las condiciones de salud ambiental. Se habían elaborado seis documentos técnicos sobre problemas clave de salud ambiental en la Región y un documento sobre la salud, el ambiente y la pobreza. El Subcomité estimaba que la educación era esencial para mejorar las condiciones de salud ambiental y que tendría un efecto multiplicador sobre las nuevas generaciones.

El Sr. Dávila (OSP), presentando el informe sobre este tema (Documento CE105/15), dijo que este documento constituía un documento de posición para la puesta en práctica de la nueva prioridad fijada por el Director para la OPS sobre el tema Salud y Ambiente. Añadió que, tradicionalmente, los problemas más críticos de salud relacionados con el ambiente habían estado vinculados con riesgos de naturaleza física y biológica, y que estos problemas tradicionales se iban tornando más complejos debido a los propios efectos del desarrollo. Como resultado de la creciente interacción entre el hombre y su ambiente, la humanidad se enfrentaba con problemas de alcance mundial, como el calentamiento de la tierra, la lluvia ácida, el agotamiento de la capa de ozono, la desaparición de los bosques, el avance de la desertificación, la contaminación de los mares, etc. Pero en muchos casos se prestaba más atención a la calidad de los recursos naturales y a sus efectos sobre la flora y la fauna que a los problemas de la salud.

En cuanto a las necesidades de salud ambiental en las Américas, en el informe se exponía la forma de abordar los problemas. En la década de los noventa, el fomento de la salud deberá tener un enfoque ecológico mucho más acentuado. El papel de los gobiernos consistirá en estimular

la acción privada y comunitaria y en actuar directamente mediante esfuerzos coordinados. A tal efecto habrá que seguir desarrollando las capacidades nacionales. También será necesario movilizar recursos externos a fin de preparar proyectos regionales de cooperación técnica para mejorar las capacidades nacionales e incorporar la consideración de las repercusiones para la salud en los proyectos de desarrollo.

En el debate subsiguiente, se insistió en la relación entre las dificultades económicas de los países y el deterioro del ambiente y su influencia en la salud, y se afirmó que la solución del problema ambiental requería enfoques multisectoriales y la voluntad política de los gobiernos. Se sugirió la conveniencia de brindar más apoyo a los programas de saneamiento ambiental en el plano regional. Un representante consideró necesario que la OPS elaborase una ley para impedir el vertimiento de ciertos desechos en los países pequeños. Se mencionó también la conveniencia de incrementar la cooperación técnica para atender los problemas ambientales y la necesidad de movilizar recursos para llevar a cabo esa cooperación.

El Director señaló que uno de los grandes problemas por resolver era el de encontrar un equilibrio entre la necesidad de promover el progreso y la urgencia de preservar el ambiente o utilizar racionalmente los recursos naturales. Añadió en la OMS/OPS tenían que cumplir un papel irremplazable en tres esferas: promover el reconocimiento de la importancia de la salud en el marco de la cooperación internacional en ese campo; aportar los instrumentos metodológicos necesarios; y cooperar directamente con los gobiernos para que estos puedan asumir sus responsabilidades desde la perspectiva de la salud en la protección del ambiente.

Como resultado del debate, en la séptima sesión plenaria se aprobó la Resolución VIII, en lo que el Comité decide recomendar a la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana la aprobación de una resolución en la que se insta a los gobiernos a que fortalezcan las capacidades administrativa y técnica de las instituciones nacionales y locales; formulen estrategias nacionales de salud ambiental, y mejoren la cooperación intersectorial; y en la que se pida al Director que ofrezca cooperación técnica para fortalecer la capacidad de los países; que promueva actividades y coopere estrechamente con los organismos de salud y de desarrollo nacionales e internacionales; que estimule la cooperación entre los países en el campo de la protección ambiental; y que de los pasos necesarios para movilizar fondos extrapresupuestarios.

Tema 4.7: Coordinación entre las instituciones de seguridad social y las de salud pública

El Sr. Boyer (Representante del Subcomité de Planificación y Programación) señaló que al examinarse este tema en el Subcomité se había destacado la importancia del desarrollo estratégico de los programas de seguridad social en el contexto de la crisis económica con que se

enfrentaban los Países Miembros. El Subcomité había examinado el papel de la Organización en la esfera de la seguridad social y había estimado que se debería dar prioridad al apoyo a los países para establecer vinculaciones entre la seguridad social y los ministerios de salud. Estimó asimismo que debían promoverse las actividades de capacitación.

El Dr. Castellanos (OSP), al presentar el informe sobre este tema (Documento CE105/12), señaló que la coordinación entre las instituciones de seguridad social y las de salud pública continuaba siendo trascendente en la Región. Los resultados obtenidos hasta la fecha habían permitido mejorar la eficiencia en el uso de los recursos. Sin embargo, la verdadera coordinación e integración funcional sólo se había producido en un reducido número de casos. En muchos países persistía el problema de la incoordinación de los servicios de salud. Explicó que en el informe se exponían los importantes cambios que estaban ocurriendo en la Región y sus consecuencias para el sector salud, con perspectivas de participación de la seguridad social en el desarrollo de los sistemas de salud en función de las metas de Salud para Todos en el Año 2000. En el informe se señalaba el pluralismo institucional y de recursos en los países de la Región y se examinaban las perspectivas, sustentadas en la concepción de la seguridad social como instrumento de política social.

El Dr. Castellanos añadió que en la Región se había reconocido ampliamente la necesidad de reorganizar los sistemas de salud. En esta reorganización requerían especial consideración los progresos de descentralización de las políticas y de la administración pública que se estaban produciendo en los países, y resultaba crítica la solución de los problemas de financiamiento. En estos procesos, correspondía a los ministerios de salud fortalecer la función rectora del sector salud. Al mismo tiempo, en el ámbito de la seguridad social, habrá que redefinir las funciones de las instituciones y hacerlas aptas para participar en el desarrollo de los sistemas de salud.

En el debate subsiguiente, se insistió en que cualquier proceso de coordinación de los sistemas de salud pública y seguridad social sería conceptualmente válido a condición de garantizar el derecho supremo de los hombres a la protección de la salud. Se observó que al definir la participación de la seguridad social en la prestación de servicios de salud, habría que evitar transferir a la seguridad social unas responsabilidades que no le corresponden realmente, y se destacó la importancia de definir las responsabilidades institucionales. Se hizo referencia a la coparticipación en los diversos mecanismos de financiación por parte de los usuarios y a la importancia de avanzar en la definición de la asignación de recursos a diferentes actividades. Se comentó también la importancia de las instituciones del sector privado.

El Director se refirió a las grandes diferencias en los esquemas de seguridad social de los países de la Región, que la OPS trataba de tener en cuenta al preparar sus propuestas de carácter general, y a la necesidad de cooperación en función de los países para promover cambios en sus propios esquemas de seguridad social. Señaló que se observaba un

debilitamiento de las actividades específicas de las organizaciones internacionales que tradicionalmente se habían ocupado de los esquemas de seguridad social, lo que creaba un vacío preocupante en términos de cooperación general. La OPS tenía interés en que esos vacíos se cubriesen.

Un aspecto positivo era el aumento de interés de las instituciones de financiación del desarrollo, como el BID, el Banco Mundial y otras instituciones, en el análisis de las posibilidades de los diversos sistemas de seguridad social, en la ampliación de la cobertura y en la mejora de la calidad de la atención. El Director añadió que era la sexta vez, en los últimos doce o trece años, que se trataba en los Cuerpos Directivos el tema de la coordinación entre las instituciones de seguridad social y las de salud pública, lo que reflejaba por un lado la preocupación de los gobiernos y de la Organización, pero implicaba también un cierto incumplimiento de las orientaciones o decisiones previas.

Habida cuenta del debate, en la novena sesión plenaria, la 105a Reunión del Comité Ejecutivo resolvió sugerir a la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana que adoptase una resolución en el sentido de aceptar el informe sobre la "Coordinación entre las instituciones de seguridad social y las de salud pública"; destacar la validez de las recomendaciones formuladas en las Resoluciones CD30.R15 (1986) y CD32.R11 (1987) del Consejo Directivo; recomendar a los Gobiernos Miembros que ajusten sus políticas de seguridad social basadas en las necesidades de los diversos grupos de población; y pedir al Director que estimule estos procesos, promoviendo la incorporación de las instituciones de seguridad social en la programación nacional de la cooperación técnica brindada por la Organización; que continúe destacando la necesidad de mejorar o transformar los sistemas de salud; y que promueva la movilización de recursos adicionales.

Tema 4.8: Salud de los trabajadores

El Dr. Durao (OSP) presentó el informe sobre la salud de los trabajadores (Documento CE105/8) en el que se analiza la situación en los países de la Región, especialmente en los de América Latina y el Caribe. Señaló que el propósito de la salud ocupacional era la adaptación del trabajo al hombre y del hombre a su actividad. Constituía por tanto un factor importante en el desarrollo humano y en la promoción de la salud y repercutía en toda la comunidad. La buena salud de la población trabajadora es un derecho social y un requisito para una productividad óptima y para el progreso económico. El Dr. Durao se refirió seguidamente a las enormes repercusiones de los accidentes de trabajo, a la importancia de las enfermedades profesionales (silicosis, intoxicación por plomo y plaguicidas) y a las enfermedades relacionadas con las condiciones de trabajo (enfermedades infecciosas y parasitarias, enfermedades cardiovasculares y respiratorias y diversos tipos de cáncer). En cuanto a los servicios de salud a disposición de los trabajadores, señaló que la responsabilidad de la salud ocupacional estaba muy diluida entre los ministerios de salud y de trabajo y la seguridad social. Mencionó

las limitaciones de recursos humanos y financieros y señaló que las asignaciones presupuestarias para los programas de salud de los trabajadores eran muy reducidas. También eran grandes las limitaciones en el campo de la formación y la capacitación. Por último, con referencia a las modalidades de cooperación de la OPS con los países de la Región, en el informe se hacían sugerencias destinadas a elaborar programas de formación, a ampliar la capacidad y los métodos de investigación y a promover proyectos multicéntricos.

Todos los oradores que participaron en el debate elogiaron la calidad del informe y felicitaron a la Secretaría por su trabajo, y a Colombia por haber propuesto la inclusión de este tema.

Los miembros del Comité subrayaron la importancia del problema y manifestaron que la salud en el trabajo debía ser un componente prioritario de los programas de la Región. Destacaron a este respecto la importancia de la educación y la información, a fin de que los trabajadores conocieran los riesgos a que estaban expuestos. Se mencionó el papel que podían desempeñar los sindicatos en relación con esta cuestión, y la importancia de la cooperación entre la seguridad social y los ministerios de salud. Se señaló la importancia de introducir la salud ocupacional en los sistemas locales de salud (SILOS).

El Director destacó los riesgos de carácter ambiental, sobre todo la generación de sustancias contaminantes y tóxicas tanto en el ambiente urbano de trabajo como en el rural.

Habida cuenta del debate, el Comité aprobó en la novena sesión plenaria la Resolución XIX en la que, entre otras cosas, resuelve pedir a los Gobiernos Miembros que den carácter prioritario a la formulación de políticas relacionadas con la salud ocupacional y a la aplicación de la legislación en materia de seguridad y salud ocupacional y que incrementen el desarrollo de diversas formas institucionales de atención de salud de los trabajadores; que capaciten los recursos humanos necesarios, y que establezcan sistemas de información y vigilancia en materia de salud ocupacional; y pedir al Director que conceda mayor prioridad al programa de salud de los trabajadores al preparar los presupuestos por programas para el cuatrienio 1991-1994, y que promueva y estimule mecanismos que permitan una mayor movilización de recursos y un incremento de la capacidad de cooperación técnica de la OPS en materia de salud ocupacional.

Tema 4.9: Discapacidad

La Dra. Amate (OSP) sometió a la consideración del Comité Ejecutivo el informe sobre la discapacidad (Documento CE105/10) en el que se analizan aspectos relacionados con la evolución conceptual de la discapacidad en el contexto de la salud de la Región de las Américas, la situación actual, el Programa Regional de la OPS, el papel de las organizaciones no gubernamentales y las tendencias de las necesidades en la próxima década.

La Dra. Amate recordó que, tradicionalmente, las acciones de rehabilitación fueron consideradas actos de caridad y beneficencia. Sin embargo, como resultado sobre todo del Decenio de las Personas Discapacitadas proclamado por las Naciones Unidas, las propias personas discapacitadas comenzaron a luchar por una mayor integración social y por la equiparación de oportunidades.

En respuesta a estos cambios, la OPS orientó sus actividades hacia la integración, con miras a la correcta utilización de recursos.

La escasa consideración de la rehabilitación en los programas de salud de la Región había conducido a la ausencia o limitación de los servicios de rehabilitación y a la falta de acceso a los servicios generales. Por otra parte, la información sobre discapacidad actualmente disponible no permitía conocer la prevalencia e incidencia de discapacidad, y mucho menos la situación de las personas discapacitadas en su contexto social y la satisfacción de la demanda de servicios. La OPS había elaborado un protocolo para establecer un diagnóstico que permitiese recolectar información epidemiológica y dotar a los países de la Región de un instrumento para uniformar la información y comparar los resultados. La Dra. Amate añadió que la situación crítica asistencial de la discapacidad en la Región requería la acción de todos los niveles de decisión, y que los países deberían adoptar políticas explícitas, integradas y basadas en la equiparación de oportunidades, desplazando el criterio paternalista de protección. La rehabilitación basada en la comunidad había demostrado ser una valiosa tecnología, y debía ser apoyada por los gobiernos y la OPS como una alternativa de participación social y de cooperación intersectorial. La capacitación de los recursos humanos, la investigación con base epidemiológica y la recolección e intercambio de información debían ser cuidadosamente planificadas, pues habían de ser el apoyo de desarrollo de las acciones y programas.

En el debate subsiguiente, los miembros del Comité destacaron la importancia del documento como orientación para la acción futura. Se señaló la situación dramática existente en algunos países como resultado de las discapacidades generadas por la violencia. Se mencionaron los problemas de recursos humanos, falta de información y coordinación insuficiente. Se señaló que tan importante o más que la rehabilitación física y motora era la rehabilitación psicológica y--especialmente en el caso de los adultos--la rehabilitación laboral, a fin de facilitar la integración social de los individuos discapacitados. Se mencionó también la importancia de la planificación local, la capacitación, el intercambio de información y la investigación a fin de establecer servicios de rehabilitación viables. Se puso de relieve que uno de los problemas más graves de la Región era la falta de coordinación no solo a nivel nacional, sino también a nivel internacional e incluso de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas.

El Director evocó la tragedia de la discapacitación en los países en desarrollo, con su gran prevalencia entre los niños y los pobres. La discapacitación era una expresión de la violencia social que se

manifiesta más en la exclusión que en la marginalización. Tampoco había que olvidar la violencia de las situaciones de guerra. Señaló que cuando se hablaba de rehabilitación había que incluir también los aspectos de integración, tanto en los servicios de salud como en el contexto social. Lo que en la OPS se llamaba rehabilitación basada en la comunidad reflejaba, de hecho, la idea de prevención.

Como resultado del debate, en la novena sesión plenaria, el Comité Ejecutivo aprobó la Resolución XIV, en la que se sugiere a la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución instando a los Gobiernos Miembros a que designen puntos focales dentro de los ministerios de salud, que aseguren que los servicios de salud satisfagan las necesidades de tratamiento de las personas discapacitadas, que eliminen toda legislación discriminatoria y que mejoren en sus programas de salud el enfoque de rehabilitación basado en la comunidad; y pidiendo al Director que continúe sus esfuerzos para incrementar la colaboración de la Secretaría con los Gobiernos Miembros y con los organismos no gubernamentales, y que gestione la obtención de fondos extrapresupuestarios de todas las fuentes que puedan colaborar con programas nacionales o regionales en relación a la discapacidad.

Tema 4.10: Calendario de posibles metas de erradicación a cumplirse en las Américas entre el presente y el año 2000

Presentó el informe sobre este tema (Documento CE105/18) Sir George Alleyne (Subdirector, OSP), quien recordó el liderazgo que la Región había mostrado siempre en los esfuerzos de erradicación y control desde 1947, año en que los Gobiernos Miembros de la Organización habían decidido erradicar el Aedes aegypti del Hemisferio Occidental. Señaló a este respecto la diferencia entre "erradicación", término que implica que la infección ha desaparecido de todos los países del mundo por haber cesado de manera irreversible la transmisión del microorganismo causante, y "eliminación", que supone la desaparición de la transmisión de un área pequeña o extensa.

Con referencia a la situación actual, el Subdirector observó que se está aplicando el plan para la eliminación de la poliomielitis en 1990. Se ha fijado la fecha objetivo de 1995 para la eliminación del tétanos neonatal, 1992 para la rabia urbana, y el año 2000 para la fiebre aftosa. Otras enfermedades cuya erradicación o eliminación se considera posible para el año 2000 son las treponematosis no venéreas (el pián, la sífilis endémica y la pinta). Por falta de conocimientos en cuanto a su epidemiología, es difícil prever planes para la erradicación de otras enfermedades como la oncocercosis, la lepra y la enfermedad de Chagas. El Subdirector señaló por último que para que un programa de erradicación fuese eficaz, se precisaban seis elementos: definición de la base científica; determinación de la epidemiología de la enfermedad; un sistema eficaz de vigilancia; la evaluación de la infraestructura de los servicios de salud; la concertación de acuerdos entre países; y la movilización de recursos.

A continuación, por invitación del Presidente, hizo una exposición el Dr. Hopkins, Director del Proyecto del Grupo de Trabajo Internacional para la Erradicación de Enfermedades, quien explicó que este Grupo de Trabajo, creado en 1988 con el fin de proceder a un examen sistemático de ciertas enfermedades con miras a su eliminación, había llegado a la conclusión de que era posible la erradicación de la polio y del gusano de Guinea, que podía eliminarse la rabia urbana y la ceguera causada por la oncocercosis, y que podía interrumpirse la transmisión de la infección causada por el pián y otras treponematosis endémicas. El Dr. Hopkins señaló que debía evitarse la utilización inadecuada del concepto de erradicación. Se trataba de un instrumento muy especial que no era aplicable en la mayoría de los casos. Sin embargo, cuando era aplicable, ofrecía la máxima relación beneficio-costos, y permitía movilizar a las autoridades políticas y a los trabajadores de salud pública hacia un objetivo definido y estimulante.

En el debate subsiguiente, se expresó la satisfacción general ante la perspectiva de eliminación o erradicación de ciertas enfermedades en la Región. Se sugirió que había que estudiar la posibilidad de combatir otras enfermedades, como la desnutrición de tercer grado, el raquitismo por deficiencia de vitamina D, el escorbuto por deficiencia de vitamina C o la queratomalacia por deficiencia de vitamina A, la pelagra y la deficiencia de yodo. Se puso de relieve la participación importante que podía tener la industria farmacéutica en la definición de estrategias de erradicación. Se señaló el peligro de concentrarse exclusivamente en la eliminación de ciertas enfermedades y descuidar otras.

El Director recordó que, al tomar decisiones sobre las metas de erradicación o eliminación, había que tener en cuenta tres factores: la factibilidad científica-técnica; los beneficios que se pueden obtener gracias a sus esfuerzos de erradicación o eliminación; y la magnitud del esfuerzo que debe cotejarse con los posibles beneficios. Personalmente, estimaba que hay que concluir la erradicación de la poliomiélitis y proseguir los esfuerzos para la erradicación de tétanos neonatal, la rabia urbana y la fiebre aftosa. Habrá que estudiar también la posibilidad de eliminar el sarampión, la treponematosis y la oncocercosis. Tampoco se podían olvidar algunas enfermedades carenciales, la lepra y la enfermedad del Chagas.

Como resultado del debate, el Comité Ejecutivo aprobó, en su octava sesión plenaria, la Resolución XII en la que resuelve recomendar a la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución en lo que, entre otras cosas, se pida al Director que consulte con los Gobiernos y presente en la próxima reunión de los Cuerpos Directivos un informe sobre el estado de las actividades de erradicación de las enfermedades sobre las cuales se han tomado decisiones de erradicarlas (poliomiélitis, tétanos neonatal, rabia urbana, fiebre aftosa y sarampión); que establezca mecanismos para determinar la factibilidad de la erradicación/eliminación de las enfermedades cuya erradicación/eliminación podría ser posible (oncocercosis, lepra, enfermedad de

Chagas, treponematosis no venéreas, enfermedad de deficiencia de yodo, xeroftalmia por carencia de vitamina A); y que facilite cooperación técnica a los Países Miembros que deseen proceder a erradicar/eliminar enfermedades que no se consideran blancos de un esfuerzo regional.

Tema 4.11: Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas

El Dr. Yunes (OSP) presentó el informe sobre el Plan de Acción, basado en consideraciones relativas al mayor riesgo de enfermar y morir de la mujer que de a luz cuando no está rodeada de condiciones sociales, culturales y económicas satisfactorias. El Plan prevé un cambio importante de la situación en la Región para el año 2000, caracterizado no sólo por una mejoría de la salud reproductiva, que permitirá reducir la mortalidad materna en una proporción superior al 50%, sino también por un aumento significativo de la cobertura y la calidad de la atención. Para ello, será preciso eliminar las barreras económicas para el acceso a los servicios, adecuar su funcionamiento a la realidad local, contar con los insumos necesarios, desarrollar una red de hogares maternos, intensificar la prevención del aborto y el tratamiento oportuno de sus complicaciones, fortalecer las redes nacionales de bancos de sangre, e integrar a las parteras tradicionales en los sistemas de salud. También habrá que reforzar los planes nacionales mediante actividades de cooperación regional e internacional. La viabilidad del Plan depende de la obtención de nuevos fondos y el buen uso de los recursos ya disponibles, \$300 millones anuales, durante cinco años.

Durante el debate subsiguiente, se expresó satisfacción por el objetivo de reducir la mortalidad materna en un 50% para el año 2000. Se mencionó la relación que existía entre la mortalidad materna y el uso de anticonceptivos. Se destacó la conveniencia de que los profesionales en salud fuesen capacitados desde el punto de vista de la salud de la mujer. Se hizo referencia a la importancia de una mayor capacitación de las parteras empíricas. Se señaló el papel que desempeñaban los hogares maternos en algunos países y se citó el ejemplo de un país con tasas mínimas de mortalidad materna debido a que el 99% de los alumbramientos tenían lugar en hospitales, a la existencia de un servicio gratuito y eficiente de transfusión de sangre y a la eficiencia de la comunicación y la información.

Como resultado del debate, en la novena sesión plenaria el Comité Ejecutivo aprobó la Resolución XV, en la que se recomienda a la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución instando a los Gobiernos Miembros, en particular, a que definan una política de atención integral de la mujer, fijen metas para reducir la mortalidad materna en un 50% en los próximos diez años, realicen programas de difusión de información, y diseñen planes para la reducción de la mortalidad materna; y pidiendo al Director que apoye las actividades de prevención de la morbilidad y mortalidad materna, y que informe sobre los progresos realizados en la reunión del Consejo Directivo de 1993.

5. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y DE POLITICA FINANCIERA

Tema 5.1: Informe sobre la recaudación de las cuotas

Al hacer la presentación de este tema (Documento CE105/21 y ADD. I), en la primera sesión plenaria, el Sr. McMoil (OSP) dió cuenta de que al 1 de enero de 1990 los atrasos de contribuciones anteriores a esa fecha ascendían a \$37.407.966. Entre el 1 de enero y el 20 de junio de 1990 se pagaron atrasos por valor de \$19.964.786. Al 20 de junio de 1990, los atrasos ascendían a \$17.443.180, mientras que en la misma fecha de 1989 habían sido de \$14.591.374.

Al 20 de junio, los pagos de contribuciones de 1990 habían ascendido a \$10.439.306, lo que representaba el 16% de las asignaciones del año, frente a un 23% en 1989.

En cuanto a la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS a los Gobiernos Miembros atrasados en el pago de sus cuotas, el Sr. McMoil señaló que en la fecha de la apertura de la XXXIV Reunión del Consejo Directivo, en septiembre de 1989, había ocho Países Miembros sujetos a la aplicación del Artículo 6.B, a saber: Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Nicaragua, Perú, Suriname y República Dominicana. El Consejo había remitido el estudio de la situación a un Grupo de Trabajo. La XXXIV Reunión del Consejo Directivo, después de examinar el Informe del Grupo de Trabajo, había felicitado al Gobierno de Haití por sus esfuerzos para reducir los atrasos y había aprobado una resolución permitiendo votar a los Gobiernos de Bolivia, Nicaragua y Suriname, en vista de sus esfuerzos iniciales para pagar y de su compromiso de realizar pagos adicionales, y había pedido al Director que notificase al Gobierno de la República Dominicana que sus privilegios de voto se suspenderían al comienzo de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana a menos que para entonces la Secretaría hubiese recibido los pagos previstos en virtud del plan aprobado en 1987.

En el momento de la apertura de la 105a Reunión del Comité Ejecutivo, los Gobiernos de Antigua y Barbuda, Bolivia, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, Perú, República Dominicana y Suriname debían más de dos años completos de cuotas y podían quedar sujetos a la aplicación del Artículo 6.B al iniciarse la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana.

En la quinta sesión plenaria, el Comité Ejecutivo aprobó la Resolución I en la que se recomienda a la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana que las restricciones relativas al voto contenidas en el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS se apliquen rigurosamente en el caso de los Gobiernos Miembros que para la apertura de esta Reunión no hayan cumplido las disposiciones de la Resolución III de la XXXIV Reunión del Consejo Directivo que se apliquen a la situación de cada uno de ellos respecto del pago de las cuotas.

Tema 5.2: Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo para 1988-1989

En relación con este tema el Sr. Press, representante del Auditor Externo, presentó el informe sobre las cuentas de la OPS correspondientes al ejercicio de 1989-1990 y sobre las cuentas del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) para 1989. La verificación de cuentas se había realizado de conformidad con el Artículo XII del Reglamento Financiero de la OPS y se refería principalmente a los estados financieros del INCAP. Como resultado de las medidas tomadas por la OPS y por el INCAP, y gracias a los ajustes realizados en los estados financieros, el Auditor Externo había podido expresar una opinión sin reservas sobre las cuentas del INCAP correspondientes a 1989 y sobre las cuentas de la OPS correspondientes al ejercicio de 1988-1989.

Seguidamente, el Sr. McMoil (OSP), después de referirse brevemente a los estados de cuentas de la OPS, del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y del Instituto de Alimentación y Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), dijo que el Informe Financiero para 1988-1989 reflejaba los aspectos financieros principales de la Organización hasta el 31 de diciembre de 1989.

Destacando algunas de las observaciones hechas por el Director en su Informe, el Sr. McMoil explicó que la Organización había seguido experimentando un crecimiento sostenido de la ejecución de programas. Los gastos totales durante el período 1988-1989 habían sido de \$310.173.706, lo que representaba un aumento del 28% respecto al período de 1986-1987. La tasa de recaudación de cuotas había seguido reduciéndose en comparación con los ejercicios anteriores. No obstante, la Organización había podido aplicar aproximadamente el 97% del presupuesto efectivo de trabajo aprobado para 1988-1989. Las obligaciones con cargo a este presupuesto, que era de \$121.172.000, habían ascendido en total a \$117.544.143. Las recaudaciones de cuotas durante las últimas semanas habían excedido de la cantidad proyectada, resultando en un excedente de operación de \$962.201. El monto de los gastos con cargo a los fondos fiduciarios correspondientes a 1988-1989 ascendió a \$59.530.789 en comparación con \$32.061.927 en 1986-1987, es decir un incremento del 86%.

Con respecto al Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) los gastos por todos los conceptos en 1988-1989 habían ascendido a \$4,37 millones, en comparación con \$3,3 millones en 1986-1987. Aunque los ingresos del presupuesto ordinario se habían reducido de \$2,5 millones a \$2,3 millones, los gastos de este presupuesto también se habían reducido a \$1,7 millones, lo que arrojaba un excedente de \$614.000 al 31 de diciembre de 1989.

Según el estado financiero del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (IANC), los gastos por todos los conceptos habían

sido de \$2,3 millones aproximadamente, incluidos \$1,5 millones en concepto de gastos de personal. Los ingresos del presupuesto ordinario habían aumentado a \$527.000 y los gastos a \$523.000, lo que arrojaba un modesto excedente de \$4.000.

En cuanto al Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), los gastos con cargo a todos los fondos en 1989 habían sido de \$6,3 millones, frente a \$5,3 millones en 1988. Dentro del presupuesto ordinario, los ingresos en 1989 habían excedido a los gastos en \$365.000. Sin embargo, se habían anulado cuentas deudoras y desembolsos no identificados por valor de \$335.000, por lo que el excedente al final de 1989 era sólo de \$30.230.

Como podía verse en el estado de las cuotas, en la página 81 del Informe, las cantidades recaudadas en total ascendían a \$246.222 en 1989, frente a \$315.415 en 1988. Los atrasos de contribuciones al 31 de diciembre de 1989 eran de \$668.516, frente a \$614.738 a fines de 1988. La Secretaría había suministrado importante asistencia en forma de asesoramiento y la Administración del INCAP había hecho un gran esfuerzo para corregir la situación financiera de 1988.

El Director explicó que la política "conservadora" de la Organización había permitido regular los gastos en una época de dificultades económicas para todos los países. En 1988-1989, gracias a los fondos extrapresupuestarios, los fondos fiduciarios habían aumentado en un 86% y casi el 45% de los gastos se habían financiado con fondos extrapresupuestarios. En 1990 se habrán programado más actividades con recursos adicionales que con el presupuesto ordinario, lo que demostraba la credibilidad de la Organización. Concluyó diciendo que la situación financiera del CAREC era muy positiva, que el nivel de actividades del IANC se mantenía estable, a pesar de no haberse mejorado la recaudación de las cuotas de los Gobiernos, y que la fragilidad de la estructura de financiación del INCAP presentaba otro tipo de riesgos, puesto que 70% del presupuesto lo constituyen fondos extrapresupuestarios, 20% procede de la Oficina y aproximadamente un 5% se obtiene de las cuotas de los Países Miembros cuyo pago sigue demorándose. Por último, mencionó el superávit de \$962.000 logrado en el bienio de 1988-1989 gracias a la regulación de los gastos en función de la disponibilidad de recursos, a los pagos de cuotas recibidos en los últimos meses del bienio y al aumento inesperado de los Ingresos Varios. Por todo ello cabía ser optimista sobre el futuro, sobre todo si se cumplía la expectativa de que el Gobierno de los Estados Unidos de América abonase la totalidad de sus cuotas para 1990, el 100% de las cuotas en años sucesivos y los \$14.000.000 de atrasos de años anteriores. Sugirió el Director que el superávit registrado fuese utilizado con el fin de mitigar el aumento de las cuotas para el bienio 1993-1994.

En relación con este tema, el Relator presentó un proyecto de resolución que fue aprobado en la quinta sesión plenaria. Se trata de la

Resolución II, en la que la 105a Reunión del Comité Ejecutivo toma nota del Informe Financiero del Director para 1988-1989; lo transmite, juntamente con el Informe del Auditor Externo, a la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana; respalda la propuesta del Director de acreditar el excedente de \$962.201 para reducir las cuotas de los Gobiernos Miembros en relación con el Presupuesto por Programas para el Bienio 1992-1993, y felicita al Director por sus esfuerzos para mantener a la Organización en una posición financiera firme y equilibrada.

Tema 5.3: Enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

Al presentar el informe relativo a este tema (Documento CE105/5 y ADD. I), el Sr. Gauthier (OSP) dió cuenta al Comité Ejecutivo, durante la octava sesión, de que las enmiendas se presentaban de conformidad con lo decidido por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su cuadragésimo cuarto período de sesiones (1989), basándose en las recomendaciones de la Comisión de Administración Pública Internacional, y que eran idénticas a las aprobadas por el Consejo Ejecutivo de la OMS en su reunión de enero de 1990 y por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1990.

En virtud de estas enmiendas, se introducía un aumento inferior al 5% en las escalas de sueldos del personal profesional y de categorías superiores. En principio, estos aumentos se hacían extensivos a los titulares de puestos sin clasificar, en virtud de decisiones anteriores al Comité Ejecutivo. Asimismo se aumentaba el subsidio por familiares a cargo para los hijos minusválidos, se introducían escalones adicionales dentro de algunas categorías para el personal cuyos sueldos estaban congelados en el escalón máximo, y se suprimía el ciclo de 18 meses para la licencia en el país de origen. Además, se aumentaba la edad de jubilación a los 62 años para los nuevos funcionarios y se mejoraba el subsidio de educación en ciertos lugares de destino. Las consecuencias presupuestarias de las enmiendas presentadas en el Documento CE105/5 ascendían a \$1.700.000. A esto había que añadir el costo adicional de las enmiendas propuestas para la OPS en el ADD. I, por valor de \$500.000, relacionados con la nueva remuneración por cese del servicio, la determinación del sueldo al ascender, los porcentajes de imposición del personal de la categoría profesional y superior, el ajuste por lugar de destino, el subsidio por movilidad y condiciones difíciles, etc.

En el Documento CE105/5 se proponía un proyecto de resolución destinado a aprobar, con efecto a partir del 1º de julio de 1990, la propuesta del Director de a) fijar el sueldo anual del Director Adjunto en \$67.000 (con familiares a cargo) o a \$60.485 (sin familiares a cargo); y b) fijar el sueldo anual del Subdirector en \$66.000 (con familiares a cargo) o \$59.485 (sin familiares a cargo). Se recomendaba asimismo a la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana que fijase el sueldo anual del Director en \$73.942 (con familiares a cargo) o \$65.370 (sin familiares a cargo), a partir del 1 de julio de 1990.

Esta resolución fue aprobada por unanimidad en la misma sesión. Constituye la Resolución X de la 105a Reunión del Comité Ejecutivo.

En la novena sesión plenaria, el Comité aprobó un texto refundido de las enmiendas al Reglamento de Personal presentadas por el Director y contenidas en los anexos a los Documentos CE105/5 y CE105/5, ADD. I. Se trata de la Resolución XVI, por la que el Comité confirma las enmiendas al Reglamento de Personal de la OPS.

Tema 5.4: Contratación de personal bajo condiciones locales de empleo para la movilización de recursos nacionales

El Sr. Gauthier (OSP), al presentar el informe correspondiente (Documento CE105/6), recordó los antecedentes de este tema que se remontaban a la XXII Conferencia Panamericana de la Salud. En efecto, la Resolución XIX de esta Conferencia, relativa a la contratación de personal nacional de apoyo, reconocía a la Organización el derecho a contratar personal de conformidad con las leyes nacionales. Asimismo pedía que se preparase un reglamento y se presentasen informes, lo cual se había hecho. La aplicación del nuevo sistema debía hacerse con carácter limitado, y quedaban exentos los puestos ya cubiertos con personal de plantilla contratado internacionalmente. En 1989, el Comité Ejecutivo había pedido a la Secretaría que elaborase criterios y normas de orientación sobre el tipo de puestos que debían permanecer dentro del sistema común de la Naciones Unidas. Estos criterios figuraban en el Documento CE105/6. Se establecía claramente que la OPS seguiría siendo una organización internacional y que el sistema de contratación de personal bajo condiciones locales sólo se aplicaría con carácter limitado. Durante el año último, sólo se habían creado 11 puestos de este tipo. Se tenía la intención de presentar un informe final a la 107a Reunión del Comité Ejecutivo.

Durante el debate subsiguiente, se señaló la importancia de proceder cautelosamente en la aplicación del nuevo sistema, y se hicieron preguntas en relación con la competitividad de los sueldos a nivel local y sobre la aplicación del sistema únicamente a algunos países.

El Director explicó que la única Oficina de Representación en que se aplicaba el sistema era la de Brasil, por la necesidad de personal para administrar proyectos financiados con recursos extrapresupuestarios. Aclaró que en otros países la necesidad no había sido tan apremiante y que en algunos de ellos la legislación laboral era tan compleja que sería muy engorroso atenerse a ella. Concluyó diciendo que los sueldos de la Oficina eran competitivos si se comparaban con el resto del mercado, y sobre todo con el sector público. Se utilizaba el mismo procedimiento que para determinar la escala de sueldos de las Naciones Unidas, con la diferencia de que los elementos de comparación eran distintos.

En la novena sesión plenaria, el Comité Ejecutivo aprobó la Resolución XVII, por la que toma nota del progreso alcanzado para poner en vigor la Resolución XIX de la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana; y decide reiterar los principios enunciados en dicha resolución y respaldar los criterios y normas de orientación descritos en el Documento CE105/6.

Tema 5.5: Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles y mantenimiento y reparación de los edificios de propiedad de la OPS

El Sr. Tracy (Jefe de Administración, OSP) presentó el informe sobre este tema (Documento CE105/9) en la octava sesión plenaria. Explicó que la Asamblea Mundial de la Salud había aprobado en mayo de 1990 dos nuevos proyectos aprobados por el Comité Ejecutivo en junio de 1989: la sustitución de las unidades de ventilación del edificio de la Sede y la modernización de los sistemas de emergencia del edificio, por un costo de \$293.000 y \$326.000 respectivamente. La OMS pagaría el 25% del costo de estos proyectos.

El Documento CE105/9 contenía dos nuevos proyectos. El más importante, la eliminación del aislante de asbesto de las antiguas unidades de ventilación, supondría un costo de \$200.000. De ser aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud, la OMS pagaría \$50.000 y la OPS \$150.000. El segundo proyecto, la sustitución de los techos del edificio de la representación de la OPS en el Perú, costaría \$22.000, de los que la OMS pagaría \$5.000.

El Director informó al Comité que, a falta de mejor alternativa, se había decidido adquirir al final de 1989 una casa para la OPS en Haití por valor de \$210.000 (más \$130.000 para reparaciones imprescindibles) con cargo a fondos del programa de cooperación con Haití para el bienio 1989-1990 todavía no utilizados, con lo que se podrá albergar a todo el personal de la Oficina de Haití y dejar de pagar alquiler del orden de los \$2.000 mensuales. Recabó asimismo la opinión del Comité sobre la conveniencia de aceptar en comodato, por 99 años y gratuitamente, sendos edificios ofrecidos por los Gobiernos de Colombia y Guyana, pero cuyos gastos de reparación correrían a cuenta de la Oficina, y de considerar estos edificios como si fueran propiedad de la Organización, a fin de poder cargar los gastos de reparación y mantenimiento al Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles.

En la misma sesión plenaria, el Comité Ejecutivo aprobó el proyecto de resolución incluido en el Documento CE105/9. Se trata de la Resolución XI, en la que el Comité resuelve aprobar las etapas propuestas para el proyecto de las unidades de ventilación descritos en el Documento CE105/9, aumentar los fondos en \$200.000 para la eliminación de asbestos y aprobar el proyecto de reemplazar el techo de la sala de conferencias del edificio de la OPS en el Perú, por un costo estimado de \$22.000.

6. ASUNTOS DE INFORMACION GENERAL

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

En su intervención ante el Comité durante la séptima sesión plenaria, el Sr. Yerg, Representante de la Asociación de Personal de la Oficina, presentó el Documento CE105/11, en el que se examinaban las principales cuestiones que preocupaban al personal. El Sr. Yerg expresó su satisfacción por la reciente revisión de los sueldos del personal profesional, que sería la primera subida de sueldos en diez años. Sin embargo, había otras cuestiones que preocupaban, como el impacto de ciertas políticas sobre los beneficios de seguro médico y jubilación. Recordó los intereses particulares del personal de la Región, cuyas circunstancias especiales no siempre se tenía en cuenta en las decisiones de Ginebra. Señaló la necesidad de un esfuerzo combinado entre los Gobiernos, la Administración y el personal para asegurar unas condiciones de empleo óptimas. Por último expresó su preocupación por el hecho de que raras veces se aceptasen las recomendaciones del Comité de Apelaciones e insistió en la necesidad de designar un ombudsman.

Tema 6.2: Resoluciones y otras acciones de la 43a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS

Presentó su informe sobre este tema (Documento CE105/26) el Dr. Knouss (Director Adjunto, OSP), quien señaló que varias de las cuestiones tratadas en las resoluciones aprobadas por la Asamblea Mundial de la Salud habían sido abordadas por el Comité Ejecutivo, como las relativas a las mujeres, los niños y el SIDA (Resolución WHA43.10). Otras, como las relacionadas con las carencias de yodo, la reducción de la dependencia de estupefacientes y el fortalecimiento del apoyo a los países con graves problemas económicos, estaban previstas en las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para el cuatrienio 1991-1994. Especial interés para la Región presentaba la Resolución WHA43.8, sobre cooperación andina en cuestiones de salud, en la que se instaba a los Estados Miembros, a la OMS y a otras organizaciones internacionales y no gubernamentales a que prestasen apoyo a la iniciativa de cooperación andina, y se pedía al Director General que apoyase a la Oficina Regional y a los gobiernos en la promoción de la iniciativa.

Tema 6.3: Actividades operacionales del sistema de la Naciones Unidas para el desarrollo

El Sr. Boyer (Representante del Subcomité de Planificación y Programación) se refirió a la Resolución 44/211 aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su cuadragésimo cuarto período de sesiones. Esta resolución, en la que, entre otras cosas, se declaraba la intención de reasignar el personal e introducir economías en las sedes de las organizaciones internacionales, podía tener profundas repercusiones para la OMS y la OPS.

El Dr. Teruel (OSP), presentando el informe sobre este tema (Documento CE105/23), explicó que la Resolución A/RES/44/211, que había sido traída a la atención de los gobiernos a pedido del Director General de la OMS, contenía 27 considerandos en los que se destacaba que los planes y prioridades nacionales constituían el único marco de referencia viable para llevar a cabo la programación nacional de las actividades operativas del sistema de las Naciones Unidas relacionadas con el sector salud. La resolución en cuestión será considerada nuevamente por el Consejo Ejecutivo de la OMS en enero de 1991.

El Director aclaró que la Resolución A/RES/44/211 de la Asamblea General supondría una revolución en la forma de trabajar y plantearía ciertos peligros para la cooperación sectorial. En particular, el concepto de centralización del financiamiento de la cooperación a través del PNUD ponía en riesgo la asignación de presupuestos específicos destinados a sectores particulares. Otro peligro era que, dada la forma en que se toman las decisiones en el proceso de desarrollo a nivel de los países, se redujese la importancia del sector salud.

Edificio de la Sede

El Comité Ejecutivo decidió incluir este tema en el programa de la Conferencia como resultado de lo acordado en una sesión privada celebrada el 28 de junio de 1990 en la que tomó conocimiento y analizó las necesidades de espacio en la Oficina Central de la Organización en Washington, D.C.

Después de considerar las distintas alternativas factibles de solucionar el problema de la escasez de espacio, los Miembros del Comité endosaron la idea de proceder con la construcción de un nuevo edificio para la Sede en Washington, D.C., y pidieron al Director que sometiera a la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana una propuesta en ese sentido.