

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the
WORLD HEALTH ORGANIZATION

Official Document No. 310

FINAL REPORTS

129th and 130th Sessions of the Executive Committee of PAHO

26th Pan American Sanitary Conference
54th Session of the Regional Committee of WHO
for the Americas



INFORMES FINALES

129.^a y 130.^a sesiones del Comité Ejecutivo de la OPS

26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana
54.^a sesión del Comité Regional de la OMS
para las Américas

Documento Oficial No. 310

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the
WORLD HEALTH ORGANIZATION
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, U.S.A.

Official Document No. 310

FINAL REPORTS

129th and 130th Sessions of the Executive Committee of PAHO

Washington, D.C.
28 September 2001 and 24 to 27 June 2002

26th Pan American Sanitary Conference
54th Session of the Regional Committee of WHO
for the Americas

Washington, D.C.
23 to 27 September 2002



INFORMES FINALES

129.^a y 130.^a sesiones del Comité Ejecutivo de la OPS

Washington, D.C.
28 de septiembre de 2001 y 24 al 27 de junio de 2002

26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana
54.^a sesión del Comité Regional de la OMS
para las Américas

Washington, D.C.
23 al 27 de septiembre de 2002

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.

The Summary Records of the 26th Pan American Sanitary Conference
are published in Official Document 309.

Las Actas Resumidas de la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana
se publican en el Documento Oficial 309.

© Pan American Health Organization, 2002

Publications of the Pan American Health Organization enjoy copyright protection in accordance with the provisions of Protocol 2 of the Universal Copyright Convention. For rights of reproduction or translation of a PAHO publication, in part or in toto, application should be made to the Editorial Service, Pan American Health Organization, Washington, D.C. The Pan American Health Organization welcomes such applications.

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the Secretariat of the Pan American Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city, or area or its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the Pan American Health Organization in preference to others of a similar nature.

© Organización Panamericana de la Salud, 2002

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor. Las entidades interesadas en reproducir o traducir en parte o en todo alguna publicación de la OPS deberán solicitar la oportuna autorización del Servicio Editorial, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. La Organización da a estas solicitudes consideración muy favorable.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto de la limitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

ISBN 92 75 07310 4

CONTENTS ÍNDICE

FINAL REPORTS

129th Session of the Executive Committee of PAHO

130th Session of the Executive Committee of PAHO

26th Pan American Sanitary Conference, 54th Session of the
Regional Committee of WHO for the Americas

INFORMES FINALES

129.^a sesión del Comité Ejecutivo de la OPS

130.^a sesión del Comité Ejecutivo de la OPS

26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54.^a sesión
del Comité Regional de la OMS para las Américas



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
WORLD HEALTH ORGANIZATION



129th SESSION OF THE EXECUTIVE COMMITTEE

Washington, D.C., USA, 28 September 2001

CE129/FR (Eng.)
28 September 2001
ORIGINAL: ENGLISH

FINAL REPORT

CONTENTS

	<i>Page</i>
Opening of the Session	4
Procedural Matters	4
Officers	4
Adoption of the Agenda	4
Committee Matters	5
Election of One Member State to the Subcommittee on Planning and Programming	5
Election of One Member State to the Standing Committee on Nongovernmental Organizations.....	5
Governing Body Matters	5
Dates and Proposed Topics for the 36 th Session of the Subcommittee on Planning and Programming	5
Dates of the 130 th Session of the Executive Committee.....	6
Dates of the 26 th Pan American Sanitary Conference, 54 th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas	6
Other Matters	6
Closing of the Session	7
Decisions	8
CE129(D1) Adoption of the Agenda.....	8
CE129(D2) Election of One Member State to the Subcommittee on Planning and Programming.....	8
CE129(D3) Election of One Member State to the Standing Committee on Nongovernmental Organizations	8
CE129(D4) Dates and Agenda for the 36 th Session of the Subcommittee on Planning and Programming	8
CE129(D5) Dates of the 130 th Session of the Executive Committee	9

CONTENTS (*cont.*)

Page

Decisions (*cont.*)

CE129(D6)	Dates of the 26 th Pan American Sanitary Conference, 54 th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas.....	9
CE129(D7)	Process for Election of the Director of the Pan American Sanitary Bureau.....	9

Annexes

- Annex A. Agenda
- Annex B. List of Participants

FINAL REPORT

Opening of the Session

The 129th Session of the Executive Committee was held at the Headquarters of the Pan American Health Organization in Washington, D.C., on 28 September 2001. The session was attended by representatives of the following Members of the Executive Committee elected by the Directing Council: Bolivia, Canada, Dominican Republic, Guyana, Honduras, Peru, Jamaica, and Uruguay. El Salvador, the ninth Member of the Committee, was not represented. Also present in an observer capacity were representatives of the following other Member States and Associate Member: Cuba, Panama, Puerto Rico, and United States of America.

Dr. Carlos Dotres Martínez (Cuba, President of the Executive Committee at its 127th and 128th Sessions) opened the session and welcomed the participants, extending a special welcome to the new members of the Committee just elected by the 43rd Directing Council: Dominican Republic, Honduras, and Peru.

Procedural Matters

Officers

Pursuant to Rule 15 of its Rules of Procedure, the Committee elected the following Member States to serve as officers for its 129th and 130th sessions:

<i>President:</i>	Guyana	(Dr. Rudolph Cummings)
<i>Vice President:</i>	Uruguay	(Dr. Eduardo Touya)
<i>Rapporteur:</i>	Bolivia	(Ms. María del Carmen Oblitas)

Sir George A. O. Alleyne, Director of the Pan American Sanitary Bureau (PASB), served as Secretary ex officio, and Dr. David Brandling-Bennett, Deputy Director of PASB, served as Technical Secretary.

Adoption of the Agenda (Document CE129/1)

Pursuant to Rule 9 of its Rules of Procedure, the Committee adopted the provisional agenda prepared by the Secretariat (Decision CE129(D1)).

Committee Matters

Election of One Member State to the Subcommittee on Planning and Programming

Honduras was elected to serve on the Subcommittee on Planning and Programming on the expiration of the period of office of Cuba on the Executive Committee (Decision CE129(D2)).

Election of One Member State to the Standing Committee on Nongovernmental Organizations

Peru was elected to serve on the Standing Committee on Nongovernmental Organizations on the expiration of the period of office of Nicaragua on the Executive Committee (Decision CE129(D3)).

Governing Body Matters

Dates and Proposed Topics for the 36th Session of the Subcommittee on Planning and Programming

The Committee decided that the 36th Session of the Subcommittee on Planning and Programming (SPP) would be held on 25–27 March 2002.

The Director proposed that the following topics be examined at that session: Evaluation of the strategic and programmatic orientations (SPOs) for the Organization for the period 1999–2002, progress report on the strategic plan for PAHO for the period 2003–2007, integrated management of childhood illness (IMCI), social protection in health, national health accounts, and maternal mortality and morbidity.

Members of the Committee proposed several additional topics for consideration during the 36th Session of the SPP, namely: community health workers, the public health response to chronic diseases, health of indigenous peoples, health and aging, and health in the Americas in the next century, focusing especially on the health challenges facing the Region in the next two decades. In connection with the evaluation of the SPOs for 1999–2002, it was suggested that the Subcommittee should undertake a critical analysis of the Pan American Centers, including their role in the Organization, their administration and financing, and how they might function more effectively. It was also pointed out that the 43rd Directing Council had approved the recommendation of the Subcommittee on Women, Health, and Development to include the subject of “gender, women, health, and development” on the agendas of the Governing Bodies in 2002. Accordingly, the Committee recommended that that topic be placed on the Subcommittee’s agenda.

In the documents to be prepared on all agenda items, the Secretariat was asked to include information regarding the impact of the subject area on marginalized populations (particularly children, women, and indigenous groups) and budget considerations (specifically, the budget allocation for the subject area in question).

In relation to the matter of vaccines and immunization, to be discussed at the Executive Committee's 130th Session in June 2002, the Delegate of Canada suggested that the document should examine the issue of preparedness for the next influenza pandemic and said that his Government would be pleased to collaborate in providing information for the document.

The Director said that every effort would be made to incorporate all of the agenda items proposed by Members into the Subcommittee's agenda, though some might have to be deferred to the next session. The Secretariat would seek to involve Member Governments in drawing up some of the documents, as had been done quite successfully in the past, and would ensure that the documents were distributed well in advance of the session.

The Committee agreed that the Secretariat would draw up the agenda for the 36th Session of the SPP, bearing in mind the topics proposed by Members.

The Committee adopted Decision CE129(D4) on this item.

Dates of the 130th Session of the Executive Committee

The Committee decided to hold its 130th Session on 24–28 June 2002 (Decision CE129(D5)).

Dates of the 26th Pan American Sanitary Conference, 54th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas

The Committee decided that the 26th Pan American Sanitary Conference would be held on 23–27 September 2002 (Decision CE129(D6)).

Other Matters

In light of the 43rd Directing Council's recent discussion of the process for electing the Director of PASB, the Committee discussed the possibility of creating a forum in which candidates to the directorship could present their vision for the

Organization. It was suggested that a forum for that purpose might be held as a part of the Committee's next regular session in June 2002. It was also proposed that, for the benefit of countries that might not be able to send a representative to the session, written questions could be solicited in advance and videotapes of the proceedings could be provided. One Member of the Executive Committee, as well as some observers, spoke in favor of having the candidates make presentations during the Executive Committee's 130th session. However, other Members pointed out that the Directing Council had not formally endorsed the proposal of having a forum to allow candidates to present their platforms, and they expressed strong opposition to any change in the current electoral process. Those Members maintained that it would be inappropriate to utilize the resources of the Organization and the time of the Governing Bodies for discussion of electoral platforms; rather, it should be the responsibility of individual candidates—with the support of the countries that had proposed their candidacy—to make their positions known through such means as distribution of written materials and visits to countries throughout the Region.

The Director said that he had intended to make a proposal to the Subcommittee on Planning and Programming as to how it might be possible to create a forum for presentations by candidates within the normal framework of the Executive Committee; however, in light of the discussion, he would not wish to do so now, unless there was clear consensus within the Committee that such a forum should exist.

To bring some finality to the matter, the President proposed that the Committee vote on a motion put forward by Jamaica, namely, that the electoral process, as described in Article 21 of the PAHO Constitution and Rule 56 of the Rules of Procedure of the Conference, should remain unchanged and that candidates should not make a formal presentation of their programs to any session of the Governing Bodies prior to the election.

By a vote of seven votes in favor to one against, the Committee approved the motion (Decision CE129(D7)).

Closing of the Session

The President thanked the delegates for their participation and declared the 129th Session closed.

Decisions

In the course of the 129th Session, the Executive Committee took the following decisions:

CE129(D1) Adoption of the Agenda

Pursuant to Rule 9 of the Rules of Procedure of the Executive Committee, the Committee adopted the agenda submitted by the Director (Document CE129/1).

(Single meeting, 28 September 2001)

CE129(D2) Election of One Member State to the Subcommittee on Planning and Programming

Honduras was elected to serve on the Subcommittee on Planning and Programming on the expiration of the period of office of Cuba on the Executive Committee.

(Single meeting, 28 September 2001)

CE129(D3) Election of One Member State to the Standing Committee on Nongovernmental Organizations

Peru was elected to serve on the Standing Committee on Nongovernmental Organizations on the expiration of the period of office of Nicaragua on the Executive Committee.

(Single meeting, 28 September 2001)

CE129(D4) Dates and Agenda for the 36th Session of the Subcommittee on Planning and Programming

The Committee decided that the 36th Session of the Subcommittee on Planning and Programming would be held on 25–27 March 2002, at the Headquarters of the Pan American Health Organization in Washington, D.C. The Committee also authorized the Secretariat to draw up the agenda for the session, bearing in mind the topics proposed by the Executive Committee and the recommendation of the Subcommittee on Women,

Health, and Development that the subject “gender, women, health, and development” be included on the agendas of the Governing Bodies in 2002.

(Single meeting, 28 September 2001)

CE129(D5) *Dates of the 130th Session of the Executive Committee*

Pursuant to Article 17.A of the PAHO Constitution, the Committee set the dates for its first regular session in the year 2002, the 130th Session, to be held on 24-28 June 2002.

(Single meeting, 28 September 2001)

CE129(D6) *Dates of the 26th Pan American Sanitary Conference, 54th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas*

Pursuant to Article 7.A of the PAHO Constitution and Rule 1 of the Rules of Procedure of the Pan American Sanitary Conference, the Committee authorized the Director to convene the 26th Pan American Sanitary Conference, 54th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas, for the period 23–27 September 2002.

(Single meeting, 28 September 2001)

CE129(D7) *Process for Election of the Director of the Pan American Sanitary Bureau*

The Executive Committee decided that the electoral process, as described in Article 21 of the PAHO Constitution and Rule 56 of the Rules of Procedure of the Conference, should remain unchanged and that candidates should not make a formal presentation of their programs to any session of the Governing Bodies prior to the election.

(Single meeting, 28 September 2001)

IN WITNESS WHEREOF, the President of the Executive Committee and the Secretary ex officio, Director of the Pan American Sanitary Bureau, sign the present Final Report in the English and Spanish languages, both texts being equally authentic.

DONE in Washington, D.C., United States of America, on this twenty-eighth day of September in the year two thousand one. The Secretary shall deposit the original texts in the archives of the Pan American Sanitary Bureau and shall send copies thereof to the Member States of the Organization.



Rudolph Cummings
Delegate of Guyana
President of the 129th Session
of the Executive Committee



George A. O. Alleyne
Secretary ex officio of the 129th Session
of the Executive Committee
Director of the Pan American
Sanitary Bureau

AGENDA

1. OPENING OF THE SESSION

2. PROCEDURAL MATTERS

2.1 Election of the President, Vice President, and Rapporteur

2.2 Adoption of the Agenda

3. COMMITTEE MATTERS

3.1 Election of One Member State to the Subcommittee on Planning and Programming on the Expiration of the of Office of Cuba on the Executive Committee

3.2 Election of One Member State to the Standing Committee on Nongovernmental Organizations on the Expiration of the Period of Office of Nicaragua on the Executive Committee

4. GOVERNING BODY MATTERS

4.1 Dates of and Proposed Topics for the 36th Session of the Subcommittee on Planning and Programming

4.2 Dates of the 130th Session of the Executive Committee

4.3 Dates of the 26th Pan American Sanitary Conference, 54th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas

5. OTHER MATTERS

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members of the Committee
Miembros del Comité**

Bolivia

Mrs. María del Carmen Oblitas
Segunda Secretaria
Misión Permanente de Bolivia ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

**Canada
Canadá**

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

Mr. Doug Williams
Chief, Mine Action Unit
Canadian International Development Agency
Health Canada
Ottawa

**Dominican Republic
República Dominicana**

Dr. Plutarco Arias
Subsecretario de Salud Pública y Asistencia Social
Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social
Santo Domingo

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

Guyana

Dr. Rudolph Cummings
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Labour
Georgetown

Ms. Maharine Yaw
Alternate Representative
Permanent Mission of Guyana to the
Organization of American States
Washington, D.C.

Honduras

Dr. Plutarco Edmundo Castellanos
Ministro de Salud
Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
Tegucigalpa

Jamaica

Hon. John A. Junor, M.P.
Minister of Health
Ministry of Health
Kingston

Dr. Grace Allen-Young
Acting Permanent Secretary
Ministry of Health
Kingston

Dr. Peter Figueroa
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Kingston

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

Peru

Dr. Fernando Carbone Campoverde
Director General de la Oficina de Financiamiento, Inversiones
y Cooperación Externa
Ministerio de Salud
Lima

Uruguay

Dr. Eduardo Touya
Director General de Salud
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

**Observers
Observadores**

***Member States
Estados Miembros***

Cuba

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

Dr. Antonio D. González Fernández
Director de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud Pública
La Habana

**Panama
Panamá**

Sr. Raúl Saint Malo
Director de Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Lic. Claudia Guerrero M.
Sub-Directora de Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

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

Mr. Michael Lyman
Ms. Mary Lou Valdez

Observers (cont.)
Observadores (cont.)

Associate Member
Miembro Asociado

Puerto Rico

Dra. Aida González Gregory
Sub-Secretaria de Salud
Departamento de Salud
San Juan

Dr. Raul G. Castellanos Bran
Director de la Oficina de Coordinación de OPS/OMS
San Juan

**PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

***Director and Secretary ex officio of the Council
Director y Secretario ex officio del Consejo***

Dr. George A. O. Alleyne
Director

***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. María Teresa Cerqueira
Director, Division of Health Promotion and Protection
Directora, División de Promoción y Protección de la Salud

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

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (cont.)
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (cont.)

Advisers to the Director (cont.)

Asesores del Director (cont.)

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

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

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

Mr. Philip MacMillan
Chief, Department of Personnel
Jefe, Departamento de Personal

Mr. Mark Mathews
Chief, Department of Budget and Finance
Jefe, Departamento de Presupuesto y Finanzas

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

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (cont.)
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (cont.)

Advisers to the Director (cont.)

Asesores del Director (cont.)

Legal Counsel

Asesora Jurídica

Dr. Heidi V. Jiménez

Dr. Richard P. Marks

Chief, Department of General Services

Jefe, Departamento de Servicios Generales

Ms. Rosa Irene Otero

Chief, Conference and Secretariat Services

Jefa, Servicios de Conferencias y Secretaría



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
WORLD HEALTH ORGANIZATION



130th SESSION OF THE EXECUTIVE COMMITTEE

Washington, D.C., USA, 24-27 June 2002

CE130/FR (Eng.)

1 August 2002

ORIGINAL: ENGLISH

FINAL REPORT

CONTENTS

	<i>Page</i>
Opening of the Session	6
Procedural Matters	6
Officers	6
Adoption of the Agenda and Program of Meetings	7
Representation of the Executive Committee at the 26th Pan American Sanitary Conference, 54 th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas	7
Provisional Agenda of the 26 th Pan American Sanitary Conference, 54 th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas	7
Committee and Subcommittee Matters.....	8
Report of the 36 th Session of the Subcommittee on Planning and Programming.....	8
Report of the Award Committee of the PAHO Award for Administration, 2002.....	9
Report of the Standing Committee on Nongovernmental Organizations in Official Relations with PAHO.....	9
Program Policy Matters.....	10
Provisional Draft of the Program Budget of the World Health Organization for the Region of the Americas for the Financial Period 2004-2005	10
Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in the Americas.....	13
Vaccines and Immunization.....	16
Evaluation of the Strategic and Programmatic Orientations, 1999-2002	20
Strategic Plan for the Pan American Sanitary Bureau for the Period 2003-2007.....	24
Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)	29
Extension of Social Protection in Health: Joint Initiative of the Pan American Health Organization and the International Labour Organization	31
Health and Aging	36

CONTENTS (*cont.*)

	<i>Page</i>
Program Policy Matters (<i>cont.</i>)	
Regional Strategy for Maternal Mortality and Morbidity Reduction	39
Public Health Response to Chronic Diseases	42
Women, Health, and Development.....	45
Evaluation of the Pan American Center for Sanitary Engineering and Environmental Sciences (CEPIS)	47
Report on the Meeting of the Health and Environment Ministers of the Americas (HEMA).....	51
Centennial of the Pan American Health Organization.....	53
Administrative and Financial Matters	54
Report on the Collection of Quota Contributions	54
PAHO Financial Regulations.....	56
Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for 2000–2001 and Report on the Working Capital Fund	56
PAHO Buildings and Facilities.....	63
Personnel Matters	64
Amendments to the PASB Staff Rules	64
Statement by the Representative of the PASB Staff Association	65
General Information Matters.....	68
Resolutions and Other Actions of the Fifty-fifth World Health Assembly of Interest to the PAHO Executive Committee.....	68
Other Matters	69
Award Presentation by the World Veterinary Epidemiology Society.....	70
Closing of the Session.....	70

CONTENTS (*cont.*)

	<i>Page</i>
Resolutions and Decisions.....	71
<i>Resolutions</i>	71
CE130.R1 Strategic Plan for the Pan American Sanitary Bureau, 2003–2007	71
CE130.R2 Provisional Draft of the Program Budget of the World Health Organization for the Region of the Americas for the Financial Period 2004–2005	72
CE130.R3 Collection of Quota Contributions.....	73
CE130.R4 PAHO Financial Regulations.....	74
CE130.R5 Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for 2000–2001	75
CE130.R6 Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in the Americas.....	76
CE130.R7 Vaccines and Immunization.....	78
CE130.R8 Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)	80
CE130.R9 Extension of Social Protection in Health: Joint Initiative of the Pan American Health Organization and the International Labour Organization	81
CE130.R10 Regional Strategy for Reduction of Maternal Mortality and Morbidity	83
CE130.R11 PAHO Buildings and Facilities.....	84
CE130.R12 Amendments to the PASB Staff Rules	85
CE130.R13 Public Health Response to Chronic Diseases	86
CE130.R14 Women, Health, and Development	88
CE130.R15 Evaluation of the Pan American Center for Sanitary Engineering and Environmental Sciences (CEPIS)	89
CE130.R16 PAHO Award for Administration, 2002	90
CE130.R17 Nongovernmental Organizations in Official Relations with PAHO	91
CE130.R18 Provisional Agenda of the 26 th Pan American Sanitary Conference, 26 th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas.....	92
CE130.R19 Health and Aging	93
CE130.R20 Report on the Meeting of the Health and Environment Ministers of the Americas	94

CONTENTS (*cont.*)

Page

Resolutions and Decisions (*cont.*)

Decisions	96
CE130(D1) Adoption of the Agenda	96
CE130(D2) Representation of the Executive Committee at the 26 th Pan American Sanitary Conference, 54 th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas	96
CE130(D3) Report of the Subcommittee on Planning and Programming	96
CE130(D4) Evaluation of the Strategic and Programmatic Orientations, 1999–2002	97
CE130(D5) Working Capital Fund	97
CE130(D6) Centennial of the Pan American Health Organization	97
CE130(D7) Statement by the Representative of the PASB Staff Association	97
CE130(D8) Resolutions and other Actions of the Fifty-fifth World Health Assembly of Interest to the PAHO Executive Committee	98

Annex A. Agenda

Annex B. List of Documents

Annex C. List of Participants

FINAL REPORT

Opening of the Session

The 130th Session of the Executive Committee was held at the Headquarters of the Pan American Health Organization (PAHO) on 24-27 June 2002. The session was attended by delegates of all nine Members of the Executive Committee: Bolivia, Canada, Dominican Republic, El Salvador, Guyana, Honduras, Jamaica, Peru, and Uruguay. Taking part in an observer capacity were delegates of the following Member States of the Organization: Argentina, Costa Rica, Cuba, France, Mexico, and United States of America. In addition, five intergovernmental organizations and eight nongovernmental organizations were represented.

The Honorable Dr. Leslie Ramsammy (Guyana, President of the Executive Committee) opened the session and welcomed the participants. Sir George A. O. Alleyne (Director, Pan American Sanitary Bureau) added his words of welcome. He was especially pleased to see so many ministers of health in attendance. Their presence was evidence of the importance the countries attached to the work of the Organization and the meetings of its Governing Bodies. The Committee's 130th Session would be particularly important as the Secretariat and the Member States prepared for the Pan American Sanitary Conference in September 2002.

Procedural Matters

Officers

The following Members elected to office at the Committee's 129th Session continued to serve in their respective capacities at the 130th Session:

<i>President:</i>	Guyana	(Hon. Dr. Leslie Ramsammy)
<i>Vice President:</i>	Uruguay	(Dr. Julio Vignolo Ballesteros)
<i>Rapporteur:</i>	Bolivia	(Dr. Enrique Paz Argandoña)

The Director served as Secretary ex officio, and Dr. David Brandling-Bennett, Deputy Director of the Pan American Sanitary Bureau (PASB), served as Technical Secretary.

Adoption of the Agenda and Program of Meetings (Documents CE130/1, Rev. 1, and CE130/WP/1)

In accordance with Rule 9 of its Rules of Procedure, the Committee adopted the provisional agenda prepared by the Secretariat. The Committee also adopted a program of meetings (Decision CE130(D1)).

Representation of the Executive Committee at the 26th Pan American Sanitary Conference, 54th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas (Document CE130/3)

In accordance with Rule 54 of its Rules of Procedure, the Executive Committee appointed the delegates of Guyana and Uruguay, its President and Vice President, respectively, to represent the Committee at the 26th Pan American Sanitary Conference. Canada and Bolivia were designated as alternate representatives for Guyana and Uruguay, respectively (Decision CE130(D2)).

Provisional Agenda of the 26th Pan American Sanitary Conference, 54th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas (Document CE130/4, Rev. 2)

Dr. David Brandling-Bennett (Deputy Director, PASB) presented the provisional agenda prepared by the Director in accordance with Article 7.F of the PAHO Constitution and Rule 8 of the Rules of Procedure of the Pan American Sanitary Conference. He pointed out that item 4.8, Health and Aging; had been added at the request of the Executive Committee. He also drew attention to two new items concerning awards: the Manuel Velasco Suárez Bioethics Award (item 7.3), a new annual award being presented for the first time at the 26th Pan American Sanitary Conference, and the PAHO Centennial Health Journalism Award (item 7.4), which would be presented only in 2002, the centennial year.

Noting that the agenda was a rather full one, the Executive Committee made two suggestions that might lighten the workload: first, that delegations might circulate written reports on the progress and achievements of their countries in the various program areas, rather than speaking about them, and, second, that subregional groupings such as the Caribbean Community (CARICOM) or the Southern Cone Common Market (MERCOSUR) might consider developing regional positions and choosing one spokesperson to make a statement on behalf of all their member countries.

In response to a suggestion that an item dealing with the Centennial events and celebrations be added, the Director said that he would ensure that his own report included thorough information on the subject.

The Committee adopted Resolution CE130.R18, approving the provisional agenda, as revised.

Committee and Subcommittee Matters

Report of the Subcommittee on Planning and Programming (Document CE130/5)

The report on the 36th Session of the Subcommittee on Planning and Programming (SPP) was presented by Dr. Francisco López Beltrán, in representation of the Government of El Salvador, which was elected President of the Subcommittee at the 36th Session. That session was held at PAHO Headquarters on 25 and 26 March 2002. The Subcommittee discussed the following items which were also on the agenda of the Executive Committee at the 130th Session: Evaluation of the Strategic and Programmatic Orientations, 1999-2002; Strategic Plan for the Pan American Sanitary Bureau, 2003-2007; Integrated Management of Childhood Illness; Extension of Social Protection in Health: Joint Initiative of the Pan American Health Organization and the International Labour Organization; Health and Aging; Regional Strategy for Maternal Mortality and Morbidity Reduction; Women, Health, and Development; and Public Health Response to Chronic Diseases. The Subcommittee's comments and recommendations on those items were taken into account in revising the documents for the Executive Committee and are reflected in the presentations and discussion of the respective agenda items in the present report.

The Subcommittee also discussed an item concerning the Pan American Centers; however, rather than forward that item to the Executive Committee, the Subcommittee recommended that the Committee focus on the evaluation of a single center—the Pan American Center for Sanitary Engineering and Environmental Sciences (CEPIS).

Summaries of the presentations and discussions on all the above-mentioned items may be found in the final report of the Subcommittee's 36th Session (Document SPP36/FR).

In the discussion that followed Dr. López Beltrán's report, the need to clarify the role of the Pan American centers vis-à-vis the countries—especially in the area of research—was highlighted. It was emphasized that the regional centers should not duplicate the efforts of national research centers but should complement and help enhance their research capacity.

The Director thanked Dr. López Beltrán for his service as President of the SPP and expressed his appreciation to the Members of the Subcommittee for their

contributions, which had been very useful to the Secretariat in preparing the documents for the Executive Committee.

The Committee took note of the report and thanked the Subcommittee for its work (Decision CE130(D3)).

Report of the Award Committee of the PAHO Award for Administration, 2002 (Documents CE130/6 and CE130/6, Add. I)

Dr. Manuel Sandoval Lupiaé (Honduras) reported that representatives of Canada, Honduras, and Uruguay, the Members of the Award Committee of the PAHO Award for Administration, 2002, had met on Wednesday, 26 June 2002. After examining the documentation on the candidates nominated by the Member States, the Committee had decided to confer the award on Dr. Hugo Mendoza, of the Dominican Republic, for his pioneering efforts in public health research and his valuable contribution to the improvement of maternal and child health in his country through the introduction of the public health approach in pediatric care and teaching.

The Delegate of the Dominican Republic expressed his country's appreciation for the award to Dr. Mendoza, a great professional who had dedicated his life to health services and a distinguished university professor with many published works to his credit.

The Committee adopted Resolution CE130.R16.

Report of the Standing Committee on Nongovernmental Organizations in Official Relations with PAHO (Documents CE130/7 and CE130/7, Add. I)

Mr. Luis Canales Cárdenas (Peru) presented the report of the Standing Committee on Nongovernmental Organizations. The Standing Committee, composed of the representatives of Bolivia, Jamaica, and Peru, had met on Tuesday, 25 June 2002, to consider a background paper prepared by the PAHO Secretariat containing the application of the InterAmerican Heart Foundation (IAHF) for entry into official relations with PAHO, including a profile of the applicant and a history of its collaborative activities with PAHO. After carefully reviewing the background documentation, the Standing Committee recommended to the Executive Committee that it admit the IAHF into official relations with PAHO.

At the same meeting, the Standing Committee had considered applications for continued official relations from four nongovernmental organizations: International Organization of Consumers Unions (CI-ROLAC); Latin American Confederation of Clinical Biochemistry (COLABIOCLI); Latin American Union Against Sexually Transmitted Diseases (ULACETS); and National Coalition of Hispanic Health and

Human Services Organizations (renamed the National Alliance for Hispanic Health). After a brief presentation by the respective NGOs and comments from the PAHO Secretariat, and in light of the written information provided on collaborative activities between each of the following NGOs and PAHO, the Standing Committee recommended to the Executive Committee that it authorize continuation of official relations with the Latin American Confederation of Clinical Biochemistry (COLABIOCLI) and the National Alliance for Hispanic Health for a period of four years.

Concerning the International Organization of Consumers Unions (CI-ROLAC) and the Latin American Union Against Sexually Transmitted Diseases (ULACETS), the Standing Committee recommended to the Executive Committee that it review the status of official relations between PAHO and CI-ROLAC and ULACETS again the following year in order to give them the opportunity to implement the collaborative work plans and clearly identify the technical areas that would best benefit from a collaborative effort.

The Representative of the Latin American Confederation of Clinical Biochemistry (COLABIOCLI) expressed her appreciation for the continuation of official relations, describing it as a vote of confidence by the Executive Committee in her organization's commitment and professionalism. She also expressed appreciation for the support offered to COLABIOCLI by PAHO, both at Headquarters and in the Dominican Republic.

The Committee adopted Resolution CE130.R17 on this item.

Program Policy Matters

Provisional Draft of the Program Budget of the World Health Organization for the Region of the Americas for the Financial Period 2004–2005 (Document CE130/8)

Mr. Román Sotela (Chief of Budget, PAHO) presented the provisional draft of the program budget. He explained that the present year, the first year of the biennium, was the time when the Executive Committee was asked to consider the WHO portion of the PAHO regular budget. The planning allocations for the 2004-2005 biennium had been given by the Director-General in March/April 2002, and at the present time the different Regions were requested to inform WHO Headquarters as to how they planned to allocate the funds.

The provisional draft of the program budget was thus a partial funding picture, representing only 29% of the PAHO/WHO regular budget. Consequently, the figures in document CE130/8 were not necessarily indicative of PAHO's level of commitment in any given technical area. The whole picture would become evident only when the PAHO

portion of the budget was added, and when the budget as a whole was considered in June 2003.

The planning allocation issued by the Director-General to PAHO for 2004-2005 was US\$72,491,000,* representing a reduction of \$2,191,000, or 2.9%, relative to the 2002-2003 allocation of \$74,682,000. The reduction had been applied evenly in the two main portions of the budget, the Regional Office and Intercountry Programs and the Country Programs, in accordance with the instructions from WHO.

The 2004-2005 period was the third consecutive biennium in which the Region of the Americas had seen a reduction in its planning allocation from WHO. Cumulatively, the reduction amounted to \$10,195,000. The progressive reductions arose from Resolution WHA51.31 approved by the World Health Assembly in May 1998. An evaluation of the effects of the reductions was scheduled for the Fifty-seventh World Health Assembly in May 2004.

Annex 1 of document CE130/8 showed how the amount of \$72,491,000 was divided up over the program classifications of WHO. The distribution complied with WHO instructions to make an overall shift equivalent to 2% to 3% of the budget to the WHO priority areas of work for 2004-2005.

In the discussion that followed, delegates raised a number of questions, in particular as to the criteria by which the funds were allocated to the various areas. It was pointed out that the document did not seem to show a shift of 2% to 3% for all eleven priority areas of work identified by WHO for the period 2004-2005. Noting that the draft program budget showed reductions in some programs and increases in others and that perhaps the changes were not always consistent with the priorities for the Region (e.g., an increase to 11.5% in "Evidence and information for policy," or a decrease to 8.5% in "Communicable diseases"), several delegates asked the Secretariat to comment on that distribution.

It was suggested that there was a need to analyze how the reductions relative to the previous biennium's budget had been distributed, and also how the deficit resulting from the reductions would be resolved. Some delegates felt that it would not be appropriate to approve an increase in country quotas to cover that deficit. One delegate proposed that PAHO might appeal to WHO, emphasizing that the regional allocation was not sufficient to enable it to carry out its programs.

The Delegate of the United States of America said that her country had supported the WHO regional reallocation and noted that the Americas had been the only one of the

* Note: Unless otherwise indicated, all currency figures in this report are expressed in United States dollars.

four regions with decreased allocations that had been able to soften the blow by increasing its own budget. As PAHO began the process of making decisions for the next budget cycle, she trusted that the collective concerns of all its Member States would be taken into consideration. The policy of the United States had not changed; it continued to advocate zero nominal growth in the budget. Her delegation therefore hoped that PAHO would make the necessary adjustments, continue to seek increased efficiencies, and give active consideration to the availability of extrabudgetary resources.

In reply, Mr. Sotela stressed that it was misleading to look only at a part of the picture and try to deduce from it the priorities of PAHO. The provisional draft of the program budget, representing only 29% of PAHO's total budget, could not be used to conclude that any particular item was more or less of a priority for PAHO. Soon, PAHO would start planning for the whole period 2004-2005, and by December it would have received all of the proposals prepared by the PAHO representatives in the countries in consultation with the governments. At that time, the priorities of the Organization and its Member States would become evident.

Regarding the distribution of funds to the priority areas of work, he explained that the 2%-3% shift would not necessarily be seen in every individual category. The instructions from WHO were that a shift of 2%-3% in aggregate was to be made. PAHO had done its best to implement the shift and to cover as many areas as possible, but the WHO priority areas would not necessarily all go up by the same amount.

The Director reiterated that the provisional draft program budget showed only a part of the picture. PAHO made its best effort to follow the instructions from WHO as to where the shifts were to take place. However, as the Director-General herself often pointed out, it was not possible to do that in a simple, mechanical way. For example, the problem of malaria was graver in Africa than in the Americas, and consequently the shift in that area would no doubt be greater in that Region. Once the whole picture was put together, then the extent to which PAHO had tried to follow the WHO priorities—most of which had been accepted by PAHO's Governing Bodies as being relevant to PAHO as well—would become evident.

The reduced allocations were a reality with which PAHO had to come to terms, as nothing could be done to change them for the present. What was important was for PAHO to be very vigilant when the whole question of the distribution of resources was reexamined in 2004 and to ensure that the result of those deliberations was equitable in terms of the world as a whole.

He acknowledged that the Region of the Americas had so far been very fortunate in mobilizing extrabudgetary resources. If the representatives of the Member States

continued knocking on the appropriate doors, it was to be hoped that ultimately there would be a budget sufficient to carry out the programs of the Organization.

The Committee adopted Resolution CE130.R2 on this item.

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in the Americas (Documents CE130/9 and CE130/9, Add. I)

Dr. Fernando Zacarías (Coordinator, Program on Acquired Immunodeficiency Syndrome/Sexually Transmitted Infections, PAHO) summarized the current figures on HIV/AIDS in the Americas and elsewhere. The epidemic was now present in all countries on all continents. Worldwide, an estimated 40 million adults and children were living with HIV/AIDS at the end of 2001. In the Americas, the figure was 2.8 million. The situation was especially serious in the Caribbean, where in some countries and population groups the prevalence of HIV infection was as high as 8%. The number of reported AIDS cases in the Region stood at 1.2 million. In addition, an estimated 40 million cases of other sexually transmitted infections (STIs) occurred each year.

Document CE130/9 presented a brief overview of the progress to date in the Region with regard to promotion of sexual health, communication, blood safety, interventions targeting injection drug users, reduction of mother-to-child transmission, and application of the Organization's "Building Blocks" model of comprehensive care for people living with HIV/AIDS and their families and caregivers. Accelerating Access to Antiretroviral (ARV) Drugs, a recently launched initiative of WHO/PAHO and the Joint United Nations Program on AIDS (UNAIDS), sought to increase the availability of ARV drugs at affordable prices. To date, 26 countries in the Americas had indicated a desire to participate in the initiative. Eleven evaluation and planning missions had been organized, and negotiations for the reduction of drug prices had been finalized or were under way in seven countries. Additionally, the possibility of a subregional pricing agreement for the CARICOM countries was being discussed.

Several recent events had afforded the opportunity to step up the response to the epidemic. One was the United Nations General Assembly Special Session (UNGASS) on HIV/AIDS, held in June 2001, which had been discussed by the Committee at its 128th Session. Others events were the establishment of the new Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria, which had already approved funding proposals from a number of countries in the Region, and the signing of the Shared Agenda for Health, an agreement between PAHO, the Inter-American Development Bank, and the World Bank for collaboration on a range of health issues, including HIV/AIDS. Countries were also joining forces in subregional partnerships. At the international level, in addition to the Accelerating Access to ARV initiative, WHO had developed a global health-sector strategy for addressing HIV/AIDS and other STIs. The 14th International AIDS

Conference, which would take place in July 2002 in Barcelona, would provide further opportunities for confronting the myriad challenges created by the HIV/AIDS pandemic.

Dr. Zacarías concluded by emphasizing that the experience of the past had shown what worked and what needed to be done to halt the spread of HIV. Sufficient knowledge existed to dramatically improve the HIV/AIDS situation by 2010. The action taken by the countries of the world over the next few years would determine whether or not that occurred.

The Executive Committee applauded PAHO's comprehensive regional response to HIV/AIDS and endorsed the "Building Blocks" approach, which highlighted the need to strengthen health systems and viewed prevention and care not as competing priorities, but as part of the health care continuum. Delegates underscored the need to improve the accessibility and affordability of antiretroviral drugs, since it was essential to provide treatment to the millions of people in the Region who were already infected with the virus. Support was voiced for the public health approach to antiretroviral therapy advocated by WHO. In addition, it was felt that assuring treatment and care for HIV-infected persons would help reduce the stigma and discrimination to which they were often subjected. Moreover, treatment and care could be key strategies for preventing transmission. In that connection, Dr. Zacarías was asked to update the Committee on PAHO's efforts to negotiate price agreements and facilitate access to ARV drugs through the Revolving Fund for Strategic Public Health Supplies.

The Committee also commended PAHO on its efforts to promote and implement the UNGASS declaration and stressed the need for ongoing monitoring and reporting on the achievement of the goals established by the countries at the special session. With regard to the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria, delegates expressed the hope that the secretariat being created to manage the Fund would be kept as small as possible so that the funds mobilized would not be eaten up by administrative costs. The Committee acknowledged the need for a coordinated international response to the HIV/AIDS epidemic because, as the document rightly pointed out, it was a global problem with far-reaching effects. Various Member States described cooperative initiatives between their governments and other countries in the Region to combat the spread of HIV and other sexually transmitted infections. One delegate observed that the problem of HIV/AIDS had a "silver lining" in the sense that it had given rise to unprecedented levels of international and intersectoral collaboration, which would translate into gains in other areas, such as poverty alleviation and improvement in overall health conditions.

Several possible improvements to the document were proposed. It was suggested that the section on comprehensive care might be enhanced if it placed greater emphasis on the role that communities and community-based organizations could play in reducing

the spread of HIV and providing support for infected individuals and their families. It was also pointed out that comprehensive care should include voluntary and confidential testing and counseling, so that people would know their HIV status and could deal with it appropriately, together with psycho-social support for infected individuals and their families and communities. Various delegates noted that the document did not address the role of research and its importance in providing the basis for development of policies and interventions.

Delegates also underscored the need for health promotion and education that focused on cultural attitudes and practices that were at the root of individual behaviors. While the document correctly stressed the need for behavioral change, interventions aimed at individuals had had mixed success thus far. It was therefore necessary to broaden health promotion efforts and endeavor to change cultural patterns that encouraged or discouraged certain behaviors. The Delegate of Uruguay called attention to an error in the document, which stated that intravenous drug use was the principal mode of HIV transmission in his country; in fact, the largest proportion of HIV-positive individuals in Uruguay had become infected through sexual relations.

The representative of ULACETS welcomed the document's recognition of the importance of sexually transmitted infections other than HIV/AIDS. She announced that the World Congress on Sexually Transmitted Infections and AIDS would take place in Uruguay in 2003—the first time that event had ever been held in the hemisphere. A main topic of discussion at the Congress would be interventions on HIV/AIDS and other STIs that could be applied in resource-poor settings.

Dr. Zacarías agreed with the delegates' comments on the importance of research, noting that the PAHO Program on HIV/AIDS had initially had a strong research orientation, and it continued to promote research. Another ingredient that was crucial in the fight against HIV/AIDS—in addition to the commitment of financial resources—was leadership. Governments in a number of countries were showing how effective political leadership could foster the kind of intersectoral action needed to address the many facets of the HIV/AIDS epidemic. Regarding the comments on the importance of involving the community in the response to HIV/AIDS, he emphasized that the comprehensive approach advocated under the "Building Blocks" model sought to go beyond the health services system and work with the entire community.

It was true that changing behaviors and their underlying cultural roots was a long-term undertaking. Still, changes in attitude were occurring, as evidenced, for example, by the increase in condom use in some countries. To bring about lasting change, it was essential to focus health education and communication efforts on young people. For that reason, the HIV/AIDS program was working with the adolescent health program to

identify effective behavior change interventions. The program was also conducting a study to assess the impact of health education campaigns in 13 countries.

As for the Organization's negotiations on ARV drug pricing, he reported that the results had been mixed thus far. The pharmaceutical companies continued to impose conditions that limited countries' ability to obtain ARV drugs at reduced prices. However, the PAHO/WHO Representatives and health officials in some countries had succeeded in negotiating satisfactory price agreements. PAHO would continue to support Member States' efforts to negotiate affordable prices.

The Director thanked the Member States that were assisting PAHO and their sister countries in the Region in the fight against HIV/AIDS in the Americas, especially the Caribbean. He concurred fully with those delegates who had pointed out that the resources of the Global Fund should not be expended unnecessarily on administrative costs, which would defeat the Fund's purpose. PAHO was committed to working with UNAIDS to facilitate access to the Fund without creating additional layers of bureaucracy. He also agreed with the Committee's observations on the importance of health education that targeted the roots of individual behaviors. To date, most behavioral change initiatives had been directed at individuals. Rather than that approach, which tended to blame the victim, there must be greater emphasis on creating environments that allowed and encouraged individuals to change their behaviors. PAHO's technical cooperation in this area was now directed largely towards fostering such change.

The Committee adopted Resolution CE130.R6 on this item.

Vaccines and Immunization (Document CE130/10)

Dr. Ciro de Quadros (Director, Division of Vaccines and Immunization, PAHO) reported that DTP3 vaccination coverage among children (i.e., three doses of the vaccine against diphtheria, tetanus, and pertussis) had remained at around 80% for the Americas as a whole in recent years. Coverage in a large number of districts continued to fall below the regional goal of 95%, however, and there were sizable disparities in coverage between countries and between regions within countries. Hence, much remained to be done to achieve full equity with regard to immunization.

Substantial progress had been made towards the goal of eradicating measles in the Americas. A recent outbreak in Venezuela, which had spread to Colombia, was expected to be under control by the time the Pan American Sanitary Conference convened in September, and it was anticipated that indigenous transmission would have been interrupted throughout the Region by the end of 2002. As for poliomyelitis, the only cases reported in the Region in the past decade had been vaccine-derived cases on the island of Hispaniola, the last of which had occurred in Haiti in July 2001. At present, the

disease was completely under control. Neonatal tetanus remained a problem in less than 1% of districts in the Americas. With concerted effort, it could be eliminated very soon. Rubella, too, could be eliminated through accelerated control strategies that emphasized vaccination of susceptible adults as well as routine immunization of children. Yellow fever had shown a sharp downward trend since 1998 as a result of vaccination campaigns. The vaccine shortages of the previous year had been largely overcome, so it would now be possible to intensify vaccination in high-risk areas.

Evaluations conducted in various countries between 1996 and 2001 had shown that to ensure the sustainability of national immunization programs and maintain the progress achieved thus far, attention to three problems was needed: (1) weakened regulatory and control capacity of central government institutions as a result of health sector reform and decentralization, (2) lack of clearly defined financial responsibility for immunization programs, and (3) lack of accountability for specific immunization goals. Action was also needed to close the equity gap between industrialized and developing countries with respect to the introduction of new and combination vaccines, although that gap was relatively small in the Americas compared to other regions, thanks to the countries' strong commitment to immunization.

An important component of PAHO's technical cooperation was the development of tools and strategies to generate information that would enable decision-makers to prioritize the introduction of newly developed vaccines and measure their impact. The Organization was also working to develop and enhance vaccine production capacity in the countries as a means of ensuring the availability of high-quality vaccines and alleviating the vaccine shortages that had affected all countries in the Region in recent years.

Finally, in regard to the threat of a reemergence of smallpox as a result of bioterrorism, Dr. de Quadros said that two technical meetings convened by the Director had examined the issue and assessed the possibilities for smallpox vaccine production in the Region. The principal conclusion of the meetings was that PAHO should continue collaborating with the countries to strengthen epidemiological surveillance systems and improve the infrastructure for identifying cases, including the regional network of laboratories for diagnosis of febrile rash illnesses. Meeting participants had also stressed that an attack of smallpox on one country should be viewed as an attack on all the countries of the Region and that, in the spirit of Pan Americanism, countries that had stocks of vaccine should make them available to the affected country to prevent the disease from spreading.

The Executive Committee commended PAHO for its continued work in strengthening capacity for surveillance of vaccine-preventable diseases, increasing immunization coverage, and facilitating countries' access to vaccines through the

Revolving Fund for Vaccine Procurement. The Committee also expressed support for the Organization's efforts to increase vaccine production throughout the region, as increased supply would help reduce vaccine prices, even in non-producing countries. Maintaining national immunization programs—with guaranteed funding for those programs—was considered a priority responsibility of governments. The Delegate of Peru reported that his country had enacted legislation to protect the budget for immunization activities. Those funds could not be used for any other purpose, irrespective of any financial exigencies that might arise. As a result, Peru had been able to introduce the rubella vaccine, despite its adverse economic situation.

Delegates expressed concern that the economic problems currently afflicting most countries in the Region might make it difficult to maintain the successes of the past and attain regional goals, such as the eradication of measles. One delegate proposed the idea of creating an alternative mechanism, such as an emergency or compensation fund, to assist countries when financial constraints prevented them from purchasing vaccines through the PAHO Revolving Fund. The vaccine shortages of recent years were also seen as a threat to the Region's achievements in the control of vaccine-preventable diseases. Dr. de Quadros was asked to expound on the reasons for the shortages and whether they were likely to reach crisis proportions.

The representatives of the Inter-American Development Bank (IDB) and the World Bank assured the Committee of their respective institutions' willingness to work with the countries to overcome the problems created by decentralization and health sector reform and maintain strong national immunization programs. Both representatives emphasized the need to make ministers of finance and other economic authorities aware of the cost-effectiveness of immunization and involve them in discussions regarding financing for vaccination programs. The representative of the IDB felt that there was merit in the idea of a compensation fund or other mechanism to enable the countries to continue purchasing vaccines during difficult economic times. The representative of the World Bank suggested that, as a means of promoting discussion of vaccine financing issues among national authorities, the Secretariat might include in the revised version of the document a section addressing some of the concerns raised by the Executive Committee, in particular the idea of a financing mechanism to complement the Revolving Fund; the financial and logistic challenges facing immunization programs, given the need to introduce new vaccines while maintaining and increasing the coverage of existing ones; and the protection of national immunization budgets.

In light of the interest expressed by the representatives of the World Bank and the IDB, the Executive Committee requested the Director to explore with the Banks and other partners the possibility of establishing a financing mechanism to complement the PAHO Revolving Fund that would enable countries to assure an uninterrupted supply of vaccines for their national immunization programs.

Dr. de Quadros welcomed the comments of the IDB and World Bank representatives, which augured well for increased collaboration in the area of vaccines and immunization under the PAHO/IDB/World Bank Shared Agenda. The World Bank representative's suggestions regarding the document were excellent, and he would see that they were incorporated into the revised version. He emphasized the need for countries to prioritize the issue of financing for vaccines and immunization in their negotiations with the Banks. Ministries of health had a key role to play in that regard by ensuring that immunization had a prominent place on national agendas.

Regarding the question of whether lack of funding and vaccine shortages might hinder the achievement of goals such as eradication of measles, he pointed out that financing was often not the main problem. In the case of measles, non-implementation of vaccination and control strategies and lack of clarity about which strategies to employ had been the largest impediments to eradication of the disease. As for the vaccine shortage, the main causes were the introduction of more stringent quality requirements and limited capacity for vaccine lyophilization. Concern over vaccine safety had prompted regulatory authorities to impose increasingly strict quality control procedures, which slowed the production process. Another issue was use of installed capacity. The major vaccine manufacturers had made a commercial decision to utilize their production facilities mainly to make the newer, more expensive vaccines, leading to a temporary shortage of the less costly ones. However, the problem was expected to be resolved within the next 18 to 24 months. In the Americas, PAHO was working to meet vaccine needs by helping countries boost their national production capacity and obtain certification as vaccine suppliers for the United Nations system. For example, laboratories in Brazil and Cuba were now certified as suppliers of yellow fever vaccine and hepatitis B vaccine, respectively.

The Director said he would be pleased to explore with the IDB and World Bank the feasibility of creating a financing mechanism to facilitate vaccine procurement. He pointed out that the Banks could be eloquent allies with PAHO in making the case with governments for assuring sufficient funding for vaccination programs, since, apart from the obvious health reasons, there were forceful economic arguments for investing in vaccines. Vaccination should be seen as an essential public good and, by definition, public goods should be financed by governments. Peru had set an excellent example by enacting legislation to protect the budget for vaccines, and he hoped that other countries might draw on its experience to put in place similar protections.

The Banks might also help in discussions with drug companies by arguing for stabilization of prices for vaccines and other essential pharmaceuticals. Vaccine pricing was one of the few areas in which the Organization had succeeded in negotiating common pricing with producers. In the case of other drugs, notably ARVs, they had

insisted on applying different prices to different categories of countries. In his opinion, there was no valid argument for that practice.

The health workers of the Region deserved great praise for their success in bringing vaccine-preventable diseases under control. To get an idea of the magnitude of their efforts and accomplishments, it sufficed to recall that in the Americas only 537 cases of measles had been confirmed in 2001, whereas worldwide there had been 800,000 deaths from the disease and many more cases. Thanks to the hard work and commitment of the many health workers across the Americas, there was every reason to believe that by the end of the year, the Region could add elimination of indigenous transmission of measles to its list of accomplishments.

The Committee adopted Resolution CE130.R7 on vaccines and immunization.

***Evaluation of the Strategic and Programmatic Orientations, 1999-2002
(Documents CE130/11 and CE130/INF/1)***

Dr. Germán Perdomo (Senior Policy Advisor, Office of Analysis and Strategic Planning, PAHO) summarized the results of the evaluation of the Strategic and Programmatic Orientations (SPOs), 1999-2002, which was presented to the Executive Committee pursuant to a resolution of the 25th Pan American Sanitary Conference in 1998. The SPOs had guided the programming of technical cooperation by PAHO's Secretariat, the Pan American Sanitary Bureau, with the countries during the period in question. When the Conference had approved the SPOs in 1998, it had also urged the countries to take them into account when formulating their national health policies, and the 36th Session of the Subcommittee on Planning and Programming had specifically requested that the Secretariat examine the extent to which that had occurred. Hence, the evaluation had looked both at the progress made in achieving the regional goals and applying the programmatic orientations and at whether the SPOs had been reflected in national health plans and policies for 1999-2002.

Information from 32 countries indicated that 5 countries had draft policies and 27 had already adopted national policies or plans. The Bureau had been involved in national policy-making processes in 22 of those countries. The SPOs had been used as frame of reference for policy development in 15 of the 22 countries.

Regarding the Bureau's implementation of the SPOs, a survey of professional staff had shown that 87% were familiar with the SPOs, and all those staff were applying them not only in the programming of technical cooperation but in other activities, such as negotiating cooperation projects and briefing national officials. Only staff who had recently joined the Bureau and those not directly involved in technical cooperation (e.g., administrative staff) were unfamiliar with the SPOs. In the last two biennia, the vast

majority (around 90%) of technical cooperation projects programmed had been specifically related to the programmatic orientations. Those that had not were projects related to managerial development or projects that addressed specific national needs that fell outside the framework of the SPOs.

Evaluation of the impact of the technical cooperation provided under the SPOs had been hindered by several methodological difficulties, notably the fact that PAHO was not the only organization providing technical cooperation in the countries, which made it difficult to pinpoint the precise effects of its activities. In addition, the necessary information and indicators had not always been available. Of the 29 regional goals adopted under the SPOs, the evaluation had found that 5 were fully achieved and 13 were partially achieved. Little or no progress had been made in the case of 2 goals, and for the remaining 9 goals, the information available was insufficient, unavailable, out of date, or not comparable across countries. Document CD130/INF/1 contained a detailed description of the cooperation provided and the outcomes achieved.

The evaluation had yielded a number of lessons, which had been extremely useful in the development of the Strategic Plan for 2003–2007. In particular, it had pointed up the need for broad internal and external participation in the strategic planning process, greater clarity and precision in the description of expected results and how to achieve them, a manageable number of goals and objectives for technical cooperation and organizational development, goals and objectives that represented a challenge but were achievable, clear definition of goals and objectives so as to facilitate monitoring and evaluation, continued effort to enhance national information systems in order to produce the data necessary for monitoring and evaluation, and wide dissemination of the Strategic Plan, both internally and externally.

The Executive Committee acknowledged the difficulty of undertaking an evaluation of such large magnitude and commended the Secretariat for its efforts to measure the impact of the SPOs. Several delegates suggested that the evaluation could be strengthened through greater analysis of the goals that were not met and the reasons for the lack of progress in those areas. Such an analysis would be helpful in setting goals and planning how to achieve them in the period 2003–2007. Delegates also cautioned against setting too many goals for the next period, as the large number of goals may have added to the difficulty of evaluating the SPOs for 1999–2002.

The Committee felt that the evaluation's greatest value was perhaps the lessons learned, which would help improve planning for the next period and avoid some of the problems that had hindered monitoring and evaluation in 1999–2002. One of those problems was overly broad goals and objectives. In order to assess progress, it was necessary to state the goals in precise and specific terms. Another problem that had complicated evaluation of the SPOs was lack of baseline information to provide a point

of reference from which to measure change in indicators. Several delegates observed that the goals established for individual countries or groups of countries would vary, depending on the baseline. In the case of maternal mortality, for example, in countries that already had low rates, it would be difficult to achieve large additional reductions, so the goal must be set lower than in the case of countries with relatively high rates. In addition, in formulating goals and objectives, it was necessary to allow for unforeseen circumstances, both external and internal, that might affect their achievement and to recognize that the attainment of many health goals required the participation of other sectors. It was also necessary to improve national information systems and standardize the data being produced in order to permit comparisons and remedy the information deficits mentioned in the evaluation report.

The Committee was pleased that the recommendations of the SPP had been taken into account in carrying out the final evaluation, in particular the assessment of the countries' incorporation of the SPOs into their national planning and policy-making. The findings were indicative of the extent to which regional strategic planning had influenced the planning and work of the health sector in the countries. At the same time, however, the Organization's planning should be informed by national strategic planning in order to ensure that its technical cooperation responded to the priorities and needs identified by the countries. In that regard, delegates commended the Secretariat for its efforts to make the planning and evaluation processes as participatory as possible and, especially, for seeking to involve Member States from the outset in strategic planning for the next period.

The Representative of the Inter-American Development Bank (IDB) called attention to the need to take account of global and regional development goals in the Organization's strategic planning. He agreed that measuring the impact of technical cooperation was extremely difficult. To do so, it was essential to put in place a methodology for evaluation from the start of the strategic planning process. It was also necessary to allocate resources (human and financial) specifically for evaluation. The IDB would be pleased to collaborate with PAHO in carrying out joint technical cooperation evaluations with a view to overcoming some of the difficulties encountered in the evaluation of the SPOs.

Dr. Perdomo thanked the delegates for their suggestions, which would help the Secretariat improve the evaluation report to be presented to the Pan American Sanitary Conference. He pointed out that another issue that complicated the planning and evaluation process was that of accountability for the goals established. On various occasions in recent years the Governing Bodies had discussed whether the SPOs were the exclusive responsibility of the Secretariat or whether the countries also had a responsibility for achieving some of the goals. For many of the objectives established by the Organization and then incorporated into the Secretariat's strategic planning and

programming, governments had an undeniable responsibility, as they were responsible for health at the national level.

Analyzing the health situation at the country level and assessing the effects of technical cooperation required a comprehensive evaluation model, supported by reliable information systems. Another challenge, as the Committee had noted, was finding methodologies that would enable the Secretariat to explain the results and identify the factors that had impeded or facilitated achievement of objectives, including both external factors and structural and institutional factors within the Organization. The Secretariat would continue working to address those challenges and improve the evaluation process.

The Director was pleased that the delegates had considered the evaluation process worthwhile. Despite its shortcomings, he believed the exercise had been useful, especially because it had pointed up the pitfalls that the Secretariat should take care to avoid in the next planning cycle. Moreover, he believed it was healthy for an organization to look at whether it had accomplished the objectives it had set for itself. As the Committee had pointed out, one of challenges with evaluation was to ensure that the process was evaluable from the beginning. It was also necessary to have good information to determine whether goals had been realized or not. PAHO had been working to improve information production in the Region, and the countries had made tremendous strides in strengthening their information systems and increasing the availability of data. They had also made progress in disaggregating information so as to reveal inequalities between geographic areas and population groups. As a result, much better information would be available for future evaluations.

He agreed that, to ensure evaluability, it was essential to state goals as precisely as possible. Nevertheless, some goals were inherently more difficult to measure than others. Process goals, for example, were especially difficult to measure. He also agreed that differences between and within countries must be taken into account in setting goals. It was important to avoid the "tyranny of statistical means," which did not reflect such differences. If it was accepted that part of the Organization's mission was to enhance equity, then goals must be cast as equity goals. That meant setting goals not only in terms of specific percentages or levels, but also in terms of reducing the gaps between and within countries.

The Committee took note of the report on the evaluation, but did not consider it necessary to adopt a resolution on this item (Decision CE130(D4)).

***Strategic Plan for the Pan American Sanitary Bureau for the Period 2003-2007
(Document CE130/12)***

Dr. Karen Sealey (Chief, Office of Analysis and Strategic Planning, PAHO) presented the Strategic Plan for the period 2003–2007. She began by pointing out that, as the Organization celebrated its centennial, it was appropriate that it should begin to prepare for the next 100 years of health in the Region. The Strategic Plan for 2003–2007 would mark the first step in that direction. She then outlined the key features of the planning process, emphasizing that the plan's formulation had been guided by the principles of equity and Pan Americanism, ideals to which PAHO had been committed throughout its 100-year history. The planning process had sought to define the technical cooperation priorities the Bureau would focus on to support the health development needs of the countries and determine how it could enhance its own performance in order to better meet those needs.

The process had differed from the previous planning process in several important ways. For the first time, the Strategic Plan would span five years, not four, as in the case of previous planning frameworks. In addition, the mission of the Secretariat had been redefined and its values and vision had been clarified, and those definitions had been used to drive the process of strategic planning. The planning process had been guided not only by the traditional analysis of the external environment, but by an internal assessment, which sought to identify the Secretariat's strengths and weaknesses and establish a baseline for monitoring its performance. In developing the plan, the Secretariat had also been very mindful of the lessons learned from the evaluation of the SPOs. The process had identified not only technical areas for action but organization-wide critical issues. For each of those areas and issues, the Secretariat had developed objectives and strategies, which would be implemented through technical cooperation projects and organizational development initiatives. Finally, monitoring and evaluation had been built into the planning process.

The values that would guide the Bureau's work were equity, excellence, solidarity, respect, and integrity. Its vision was to be the major catalyst for ensuring that all the peoples of the Americas enjoyed optimal health and contributed to the well-being of their families and communities. Its mission was to lead strategic collaborative efforts among Member States and other partners to promote equity in health, to combat disease, and to improve the quality of and lengthen the lives of the peoples of the Americas.

The plan set out in Document CE130/12 represented the Bureau's response to the situation revealed by the internal and external analyses, the findings of which were summarized in the document. The plan identified three major priorities for technical cooperation: special population groups (low-income or poor populations; ethnic and racial groups, especially indigenous populations; and women and children); key countries

(highly indebted poor countries (HIPC) and/or countries which had an intolerable state of health, in particular Haiti, Bolivia, Honduras, Guyana, and Nicaragua); and priority technical areas. The plan included eight such areas: (1) prevention, control, and reduction of communicable diseases; (2) prevention, control, and reduction of noncommunicable diseases; (3) promotion of healthy lifestyles and social environments; (4) healthy growth and development; (5) promotion of safe physical environments; (6) disaster preparedness, management, and response; (7) ensuring universal access to integrated, equitable, and sustainable health systems; and (8) promotion of effective health input into social, economic, cultural, and development policies. In each area, the key issues and challenges were described, as were the objectives for the Bureau's technical cooperation and its strengths and weaknesses and opportunities for action.

The plan also identified six critical organizational issues for enhancing the Bureau's effectiveness and efficiency: (1) bridging the information and communication gap and maximizing information and communication technology; (2) better foresight; (3) harnessing science and technology to address the problems of inequity in the Region; (4) positioning the Bureau to influence transnational and global issues; (5) attracting and retaining a creative, competent, and committed workforce; and (6) making the Bureau a high-performance organization.

The Secretariat recognized that the plan needed further refining and that, once it was approved, a communication strategy would be needed to keep the staff informed and provide feedback on its implementation. In addition, monitoring and evaluation must be an integral part of the process. Recognizing that it was working in an arena in which there were many other actors, the Secretariat had endeavored to formulate objectives that were as specific as possible so as to facilitate the evaluation of its contribution to health development in the Region and avoid the problems that had hindered evaluation of the impact of technical cooperation in the previous period.

The Executive Committee congratulated Dr. Sealey and her team for having produced a clear and comprehensive document, which represented a great improvement over previous planning documents and a good start to strategic planning for the new millennium. Delegates commented that the plan presented a vision for the work of the Organization in the long term as well as a framework for the technical cooperation of the Secretariat in the next five years. Delegates also commended the Secretariat for its efforts to seek maximum input from Member States and other stakeholders in the process of formulating the plan.

The Committee welcomed the changes made since the SPP had considered the Strategic Plan in March 2002, in particular the addition of specific mentions of indigenous groups and children among the special groups to be targeted. However, it was pointed out that some of the recommendations made during the SPP session had not been

incorporated, notably those concerning the section on globalization and the vision of the Pan American Sanitary Bureau. In relation to the former, the Secretariat was asked to try to present a more balanced view, acknowledging some of the potential opportunities that globalization might afford for health development as well as its adverse effects. As for the vision statement, the Secretariat was again asked to consider changing the wording to "PASB will be a major catalyst for ensuring that all peoples of the Americas enjoy optimal health," recognizing that numerous other agencies and organizations were working to improve health in the Americas. In that connection, it was suggested that there should be greater recognition of the role of other multilateral agencies, especially the United Nations Children's Fund (UNICEF) and the United Nations Population Fund (UNFPA), and NGOs working in the area of health. It was also pointed out that the document did not mention PAHO's collaboration with the IDB and the World Bank in the framework of the Shared Agenda for Health.

Some concern was expressed as to whether the document correctly portrayed PAHO's role vis-à-vis the countries. One delegate felt that some of the language in the document needed to be adjusted to make it clear that PAHO was not a supranational organization, but an organization that reflected the interests of its Member States and collaborated with them to foster health development in the Americas. Other delegates pointed out that the document was intended to guide the technical cooperation of the Secretariat with the countries and that it clearly stated that PASB helped the countries to help themselves and that it carried out its functions in collaboration with the Member States. Moreover, the priorities for 2003–2007 had been identified in consultation with the countries and reflected the priorities they had established for improving the health of their populations. However, one delegate suggested that a clearer statement of how the Secretariat would help the countries achieve their goals was needed. The same delegate pointed out that meeting certain goals was often a condition for obtaining financing and other forms of international cooperation, and that PASB, as the countries' primary partner in the area of health, should make a measurable commitment to work with the countries to achieve those goals.

Delegates felt that the eight priority technical areas accurately reflected the major regional priorities for health development in the Region; however, some cautioned that the plan might identify too many priorities. The Representative of the IDB pointed out that priorities, by definition, should be few in number and suggested that the Secretariat might wish to clarify which of the priorities would be the focus of work in the period 2003–2007 and which represented longer-term strategic objectives. Some delegates thought that the objectives defined under each priority should be stated in more precise and measurable terms in order to facilitate monitoring and evaluation. One objective, for example, was to "reduce morbidity due to TB, malaria, and dengue," but it did not set any specific goal, which would make it difficult to measure progress. The need to clearly link

the regional priorities with global priorities established by WHO and with international goals and mandates was also emphasized.

One delegate noted that the classification of the countries of the Region according to their stage of demographic transition differed from the classification systems used by other agencies and pointed out such classifications could have potentially detrimental consequences. For example, a country's classification in a certain income category might affect its eligibility for credit and technical cooperation. The Representative of the IDB commented that the plan's focus on a very limited number of countries might raise questions of fairness and equity, especially since other countries in the Region had conditions and problems similar to those of the key countries.

Delegates made a number of other suggestions for further refining the document, and some also submitted additional proposed changes in writing. One delegate thought that the document would be strengthened if there were a discussion of the assumptions on which the Strategic Plan was based, the risks that might affect its implementation, and strategies for dealing with those risks. The same delegate called attention to the need to ensure sufficient financial and human resources to carry out the plan. Another delegate suggested that references in the document to "reproductive health services" be changed to "reproductive health care," as that term was more inclusive and more closely aligned with the terminology currently in use in other international forums. It was pointed out that the document set no objective with regard to cardiovascular disease, and it was suggested that a goal for reduction of hypertension be included. In relation to the section on disaster management, it was emphasized that addressing the threat of bioterrorism should be a priority for every country and for the Organization, which had long been a leader in the hemisphere in emergency preparedness and mitigation.

Dr. Sealey thanked the delegates for their constructive suggestions, which would help the Secretariat to continue improving the plan. She wished to allay any concerns about the Bureau's functions: the Bureau existed to serve and cooperate with the countries, and the plan was intended to guide it in carrying out those functions. The Bureau was well aware that it did not operate in a vacuum and that it must take account of both the other actors working in the health sector and the priorities, mandates, and commitments from the various international summits and other sources. In fact, in drawing up the plan, the Secretariat had created a whole matrix that showed the relationship between PAHO's priorities and the priorities of WHO, the United Nations millennium development goals, and the goals and objectives arising from the Summits of the Americas and other forums. The next version of the document would show those linkages more clearly.

In light of the Committee's comments, it might be advisable to rethink the classification of the countries and the identification of key countries, bearing in mind that

it might become necessary to shift the focus to other countries. However, it was clear that the Governing Bodies had agreed that identifying key countries, key groups, and priorities for technical cooperation was desirable. Many of the other concerns raised by the Committee would be addressed as the Secretariat began to implement the plan. The allocation of resources, for example, would be examined when the Governing Bodies reviewed the Organization's budget policy, as recommended by the SPP in 2000. As for testing of assumptions and risk assessment, that would occur when the biennial program budget was formulated. She concluded by emphasizing the importance of two-way planning that reconciled national health priorities with the regional objectives to which the countries had agreed.

The Director said that, in his 21 years with the Organization, he had never seen a planning process that had been so participatory and iterative. The Secretariat had taken to heart the lessons learned from the previous planning cycle, one of which had been that it needed to involve a broad range of stakeholders in planning for 2003–2007. The Strategic Plan represented a sea change in several respects. Earlier planning documents had established joint responsibilities for the Bureau and the countries. Later, they had reflected what the Bureau would do in collaboration with the countries. Never before had a strategic planning document identified organizational issues that needed to be addressed in order to achieve the objectives established. The Secretariat was committing itself to make the internal modifications needed to collaborate effectively with the member countries in the eight priority areas described in the plan. He emphasized that those eight areas had not been chosen with the current structure of the Secretariat in mind. He believed that structure must follow function, not vice versa. After the plan was approved, the structure of the Secretariat would be adjusted as needed.

As Dr. Sealey had said, the Secretariat was at the service of the countries. He assured the Committee that PAHO would never attempt to adopt any supranational posture. In regard to the vision statement, he urged the delegates to allow the Secretariat to retain the wording that appeared in the document. PASB truly did aspire to be the major catalyst for health development in the Region. It did not want to be one among many; it wanted to be the best.

With respect to the identification of priority countries, he hoped it was clear that that approach was reflective of the values that guided PAHO, especially equity and Pan Americanism. If the Organization really believed in those values, it should collectively assume some responsibility for improving the situation of countries that were at a disadvantage with respect to other countries. That was why individual countries had been selected as a point of focus. He agreed that other criteria might be applied to identify those countries, and if it became clear that it was necessary to shift the focus, the Secretariat would do so. But he believed that, at least initially, it was appropriate to give special consideration to the four HIPC countries plus Haiti.

Regarding the lack of precision and measurable objectives, he pointed out that the objectives set forth in the document were strategic objectives for technical cooperation, not specific goals with established timeframes for achievement. Specific goals and expected results would be defined in the biennial program budget, as would indicators for monitoring progress. Concerning monitoring and evaluation, by the time the SPP met in March 2003, the Secretariat should be in a position to provide more specific information on the methodology that would be used for that purpose.

Achievement of the objectives set under the plan would depend on the Secretariat's capacity for execution, which was somewhat limited. Nevertheless, the Secretariat would make the best possible use of the human and financial resources which the Member States had generously put at its disposal in order to fully execute the plan.

The Executive Committee adopted Resolution CE130.R1, endorsing the Strategic Plan.

Integrated Management of Childhood Illness (Document CE130/13)

Dr. Yehuda Benguigui (Regional Advisor on Integrated Management of Childhood Illness, PAHO) reviewed the background and content of the strategy for integrated management of childhood illness (IMCI) and the progress achieved as a result of its application. He also described the challenges to expanding the strategy.

In the Region of the Americas, approximately half a million children continued to die from preventable causes and, of those deaths, close to 200,000 could be easily avoided with existing technologies. WHO and the United Nations Children's Fund (UNICEF) had developed IMCI in the early 1990s as a strategy for preventing deaths, reducing illness, and improving health conditions and care for children in the first five years of life. The defining characteristic of the IMCI strategy was that it focused on the health and well-being of the whole child, not on specific disease processes. It incorporated prevention and health promotion as part of care, avoiding missed opportunities for early detection and treatment of diseases, prevention of illness, and health promotion for the child and the entire family. Moreover, IMCI was a tool for promoting equity in health because it could be made available to the population through health services at the first level of care.

PAHO had officially introduced the strategy in 1996. In 1999, the Directing Council of PAHO had adopted Resolution CD41.R5, urging the Member States to adopt and expand implementation of the IMCI strategy and requesting the Director to actively support the process. Healthy Children: Goal 2002, an initiative launched by the Director that same year, aimed to prevent 100,000 deaths of under-5 children during the period 1999–2002 and ensure access to the IMCI strategy, especially for the most vulnerable

groups. By late 2001, 17 of the Region's countries had adopted the strategy and all had embraced the Healthy Children initiative. The results had been highly positive. During the first year of Healthy Children, for example, more than 33,000 child deaths had been averted. Evaluations revealed significant improvements, as well, in various indicators of quality of care, such as misuse of antibiotics and other drugs to treat acute respiratory infections and diarrheal diseases.

Nevertheless, a number of challenges remained. To extend the strategy's benefits, it was necessary to ensure its effective use by all health workers, including community health workers; prioritize vulnerable population groups; and incorporate IMCI into training and mandatory social service programs for health professionals. It was also necessary to tailor the strategy to the epidemiological profiles of the countries by adapting it to address asthma, violence and child abuse, diabetes, and overweight, and other child health problems prevalent in the Region. Other challenges included encouraging the use of the 16 key family practices identified by WHO and UNICEF for ensuring healthy growth and development of children and mobilizing resources for expanding the application of IMCI.

The Executive Committee expressed firm support for the IMCI approach. Along with immunization, the strategy was seen as a pillar for improving child health and reducing health inequalities between population groups. The Committee also endorsed expansion of the strategy to include other components, especially activities to address perinatal causes of death, which would also help reduce maternal mortality. However, it was emphasized that funds invested in expanding the strategy should include resources for surveillance and evaluation to track the strategy's progress and impact. One delegate suggested that the document should include a specific section on evaluation and monitoring of the IMCI strategy and the actions required of the countries and the Organization to improve IMCI coverage and effectiveness. It was also considered necessary to rigorously evaluate the 16 key practices to ensure that future interventions remained relevant and were based on sound evidence and experience.

Members voiced concern that the human resources needed to expand IMCI were insufficient. The strategy should focus on health workers that had maximum contact with vulnerable families and communities, which meant that more nursing and auxiliary personnel were required, especially at the primary care level. The Region currently had a doctor-nurse ratio of 6:1, which represented a significant obstacle to the strategy's expansion. It was therefore recommended that the resolution on this item call for strengthening of the number and diversity of human resources to deal effectively with ill children and the causes of illness.

Dr. Benguigui agreed that development of human resources and ongoing monitoring and evaluation were crucial to successful implementation of the strategy. In

regard to the former, PAHO was working with schools that trained pediatricians, nurses, nutritionists, and other health professionals, with a view to introducing more instruction on primary health care and application of the IMCI strategy to complement the current training programs, which remained focused largely on hospital-based care for complex syndromes. The Organization was concentrating, in particular, on the thousands of medical school graduates in the Region who were required to perform social service for 10 to 12 months in remote areas, as those young professionals offered an excellent opportunity for extending the strategy's benefits to underserved populations.

With regard to monitoring and evaluation, countries in the Region of the Americas had been chosen to take part in a multi-country evaluation of the effectiveness, cost, and impact of the IMCI strategy, coordinated by WHO Headquarters in Geneva. The evaluation was designed to assess the strategy's cost effectiveness and determine whether it had a significant impact on improving child health, mortality, nutritional status, and family behaviors. In addition, WHO had developed guidelines for follow-up after training as a means of reinforcing health workers' skills in the application of IMCI and gathering information on their performance in order to improve implementation of the strategy. As for evaluation of the 16 key family practices, protocols were being developed to measure their impact.

The Committee adopted Resolution CE130.R8 on this item.

Extension of Social Protection in Health: Joint Initiative of the Pan American health Organization and the International Labour Organization (Document CE130/14)

Dr. Daniel López Acuña (Director, Division of Health Systems and Services Development, PAHO) gave an update on a joint initiative being undertaken by PAHO and the International Labour Organization (ILO) to promote equitable access to health services in Latin America and the Caribbean, in particular for persons working in the informal segment of the economy and others who currently lacked adequate health care coverage. The fundamental challenge faced by the health systems of countries in the Region was that of ascertaining how to guarantee all citizens a basic level of social protection in health that would contribute to the elimination of disparities in access to quality basic services and also provide excluded social groups the opportunity to obtain essential health care services that met their needs and demands, regardless of their ability to pay. The rationale for the initiative included the persistence of economic, ethnic and cultural exclusion; the inadequacy of existing mechanisms of social protection for responding to new problems; and the dictate that reforms should lead to societies that were inclusive of all citizens and not to greater exclusion, marginalization, and lack of social protection.

“Social protection in health” was defined not as the actual provision of health services, physical construction of health facilities, etc., but as society’s guarantee, through the different public authorities, that individuals or groups of individuals would be able to meet their health needs through adequate access to health services, whether by way of a national health system or some other system, regardless of ability to pay. Three conditions had to be met to guarantee social protection in health: access to health services, financial security of the family, and dignity in the provision of care. Document CE130/14 identified factors that led to exclusion in health—notably poverty—and the main obstacles to extending social protection. It also discussed the scale of exclusion in health and explained the difficulty of measuring it. It identified several strategies for extending social protection in health, based on interventions that had proven effective in the past in Latin American and Caribbean countries. These included establishment of special social security regimes without beneficiary contribution requirements; voluntary, government-subsidized insurance schemes; limited expansion of the supply of services; community-based systems of social protection; and gradual development of unified health systems, combining public and private subsystems.

The document proposed four lines of action relating to the steering role, financing of social protection, health insurance, and service delivery. As relevant stakeholders frequently belonged to sectors other than health—such as finance, social policy, labor and employment, education, industry, etc.—it was important to develop a participatory process at the national level, involving all such key stakeholders. That process would lead to the formulation of a national strategy and a national plan of action for extending social protection in health. At the regional level, PAHO and the ILO would support the countries through a variety of activities, including promotion and publicizing of the initiative, identification of the causes and magnitude of exclusion and ways to combat it, establishment of a clearinghouse of information on best practices and knowledge, and mobilization of resources.

The Executive Committee welcomed the update on the joint initiative, which was described as a valuable tool in support of the efforts of many countries to improve access to health services for all members of their populations, particularly the poor, the marginalized, and the vulnerable. Delegates applauded the multisectoral approach laid out in the document and its recognition that the issue of social protection related not only to health but also to housing, education, the environment, and many other factors. The Committee was pleased, too, to see the emphasis placed on cultural sensitivity and dignity in medical care.

Delegates made a number of suggestions for enhancing the document. One was the incorporation of case studies of programs and initiatives that had been successful in improving delivery of health services to unprotected population groups, both within and outside the Region. One delegate asked for clarification of the methodologies used to

reach the figures cited on exclusion from social protection and cautioned against the use of indicators that attempted to measure exclusion only in terms of demand for health services, since the latter was influenced by multiple factors, including cultural perceptions about health and illness and economic and social issues. Clarification of the respective roles and contributions of PAHO and the ILO in the initiative was also requested.

The Committee sought more detailed information on how certain insurance systems described had worked, and in which countries they had been successful. There was a call for further discussion on the precise actions by countries and the Organization that were being recommended, as well as on the counterpart contribution expected from the countries. The document was thought to be unclear on whether extension of social protection was being portrayed as a goal of the health system or as a means of achieving better health outcomes. Further clarification was also sought on whether and how the social protection approach related to WHO's work in terms of health systems performance and the development of indicators of financial fairness and responsiveness.

Some delegates felt that the document did not clearly articulate the relationship between current reforms in the health sector—which many countries in the Americas had undertaken as a way of extending coverage—and the concept and the components of social protection. Further conceptual work was needed to define, measure, and evaluate the current status of social protection and exclusion in the Region. A series of pilot initiatives might be advisable before a full-scale initiative was launched based on predetermined mechanisms. A further suggestion was to add some discussion of the implications of the various models presented on the labor market, and on competitiveness in particular, in the context of globalization and international competition. There was also a call for a discussion on the sustainability of the various models, in particular in relation to any potential conflict with other components of social security, such as pensions.

One delegate felt that the statement “service delivery is where the population's health needs are met” might not be completely accurate, as a population's health needs could be met through a variety of approaches, including community-based approaches, safe water, and sanitation, other public health programs, and improved individual behaviors or healthier habits. Additionally, the document's assertion that social protection was to be understood as a guarantee by the State of a right that its citizens could exercise might not necessarily apply in all cases. While many countries' constitutions enshrined the right of citizens to health and the responsibility of the government to ensure that right, access to health services was not viewed as a fundamental right by all legal systems. While the cooperation between PAHO and the ILO might be useful in undertaking actions of technical cooperation for the countries, in carrying out studies or research, or in making recommendations, the fact remained that every country had its own situation, its

own rules and its own philosophy, and had to seek its own solutions to the issues of access to, or exclusion from, health care.

It was pointed out that migration of health care professionals was having a devastating effect on some countries' ability to provide care. Since the problem related directly to both access to health care and labor, it might be appropriate to address it in the framework of the joint PAHO/ILO initiative. It was also suggested that the Governing Bodies might wish to examine the issue of health workforce migration as a separate agenda item at some future time.

Several delegates described initiatives that were being pursued in their own countries in the broad area of the extension of social protection in health. Most laid stress on the need for close cooperation between ministries of health and of labor, with some also mentioning the need for involvement by the ministry of the environment. Several delegates also described related conferences, meetings, and seminars on the topic that had taken place in their countries.

Dr. López Acuña expressed his thanks for the suggested enrichments to the document. He explained that extension of social protection in health was both a part of a target—namely the improvement of universal access to health care—and a very important instrument for achieving improved results, by facilitating access to care and enhancing its effectiveness and appropriateness. In response to the calls for case studies and greater detail, he noted that PAHO and the ILO were working on a background paper that would be much more detailed than Document CE130/14. He agreed with the suggestion that the methodology to study exclusion could not be designed using just one indicator, as exclusion was influenced by geographic, cultural, linguistic, and many other factors.

With regard to the questions on the roles of the two organizations, he explained that PAHO worked with the ILO in many areas, such as occupational health and the management and planning of human resources. The joint work on extension of social protection in health was one more such area. Both PAHO and the ILO had been allocating resources for three years from their respective regular budgets. In addition, resources had been donated by Belgium, France, Sweden, and the European Union. He reported that outside funding, notably from Sweden, had been used to conduct pilot studies with a view to characterizing exclusion from the point of view of various indicators. That work would continue, along with some initial steps towards social dialogue to identify strategies to cover populations with inadequate access to health services, particularly those in the informal economy. There had also been a very thorough analysis, taking more than a year, of comparative assessments of micro-insurance schemes, comparative analysis of premiums, and the behavior of out-of-pocket expenditure.

He stressed that convergence had been sought with health sector reform initiatives. It was to be hoped that, with the paradigm of synergy that PAHO and the ILO sought to promote, resources could be mobilized and added to the relatively modest levels utilized so far.

The Director said that PAHO was very sensitive to the need for basing requirements on demand. Much of the discussion with the ILO had been on that very point. Studies had shown clearly that any metric of demand was really a bottomless pit, and that it would never be possible fully to satisfy the demands of the population for health services. The comments from delegates had pointed out very clearly that one should look at some measure of need, which raised a very difficult question, namely, how to estimate need in terms of the persons who were socially excluded. However difficult, it would be essential to find methodologies to do that.

In regard to the issue of whether or not social protection was a right, he noted that the right to health had long been recognized in the Region. In the American Declaration of the Rights and Duties of Man, all the countries of the Americas had affirmed that every person had the right to those sanitary and social measures necessary to preserve health. At the same time, PAHO certainly recognized that there were fundamentally different systems in different countries and that allowance had to be made for the particular flavor of the local social and economic reality. The Secretariat would try to make the document clearer in that regard.

He wished to reassure the Committee that there was no contradiction between the work of PAHO as described in the document and what was happening at WHO. There might possibly be some conceptual differences in relation to health systems, but fundamentally it was agreed that the essential purpose of health systems was to improve health outcomes. PAHO could collaborate with the ILO in three basic ways: it could provide an analysis of the situation; it could facilitate technical cooperation and the sharing of experiences among countries; and it could undertake aggressive advocacy for consideration of the topic of social exclusion.

One of the key problems in the issue of social exclusion was economic instability. Three basic reasons had led to economic instability and increased the degree of social exclusion in the countries of the Region: the slump of the 1980s, which had gravely affected the middle class and seriously diminished the State's capacity to gather contributions towards social security; the countries' high macro-economic volatility; and the inadequate response by social and political institutions.

On the question of migration of health care professionals, PAHO was aware of what the Commonwealth Secretariat was doing and also of the activities of the CARICOM countries, which had agreed to launch a process of managing migration.

There was a growing feeling in some circles that it was time to look at the migration of health personnel in a different light, recognizing that it could have positive returns. In Jamaica, for example, remittances from Jamaicans who had left their homeland accounted for 8%-9% of GDP. One way of addressing the personnel shortages created by migration might be to expand the scale of medical training so that it was sufficient both to meet the country's own needs and also to provide for the "export" of trained medical personnel. In any case, it was no longer heretical to think of a positive return from migration.

The Committee adopted Resolution CE130.R9 on this item.

Health and Aging (Document CE130/15)

Dr. Martha Peláez (Regional Advisor on Aging and Health, PAHO) presented an analysis of priorities to advance health and well-being into old age and proposals for the implementation of necessary actions to ensure equity in health for older persons, as outlined in Document CE130/15. The document also discussed the demographic situation of the Americas, in which all countries were experiencing population aging. By the year 2025, it was estimated that the population aged 60 and over would number around 200 million, and that about half of that population would reside in Latin America and the Caribbean. The growth in the number of older adults threatened to result in economic insecurity and health inequities. There was a danger that family and social supports would prove inadequate to the situation, entailing risks of age discrimination and other violations of basic human rights. However, such a crisis could be averted by taking action now and investing in the health of older persons to promote active and healthy aging. PAHO's technical cooperation in the area of aging and health was aimed at enabling countries to prepare and respond to the challenges and opportunities created by an aging population and at supporting their efforts to implement the International Plan of Action on Aging which had been adopted by the Second World Assembly on Aging, held in Madrid earlier in the year.

The International Plan of Action established three priority areas for action: encouraging participation of older persons in development, enhancing their health and well-being, and ensuring enabling and supportive environments for them. Document CE130/15 proposed a comprehensive and coordinated system of care, laid down six principles that should underlie such a system, and set out several strategies for creating it, including the establishment of health promotion targets for older persons; the reorienting of primary care for the prevention and management of aging-dependent diseases and conditions; integrating social and health care services to promote a continuum of support for older persons in danger of losing autonomy; and developing partnerships for information sharing, technical collaboration, and support. It also considered the financial resources needed, and put forward some key issues for deliberation. The Committee was

asked to discuss ways in which the policy and action framework of the regional strategy for technical collaboration on aging and health could be enhanced, and examine future approaches to health promotion and aging; discuss and endorse necessary strategies for closing the equity gap in aging and health; and provide support for mobilizing international resources that would allow for appropriate implementation of the Madrid International Plan of Action on Aging.

The Executive Committee considered the document a good framework for addressing the health needs of a rapidly aging population in the Region. Conceptually, it embraced a model of health and aging that was comprehensive and coordinated, both within the health sector and across other sectors that contributed to good health status and sustainable health services. The Second World Assembly on Aging had provided an opportunity for countries to reexamine aging at the national and international levels and to reaffirm their commitment to improving the lives of older persons, and the Committee was pleased to see that PAHO was working on applying the outcome of that Assembly to the Region. Some delegates cautioned, however, against drafting a further lengthy document on the topic. Instead, PAHO should work with countries towards the development of a list of common priorities for the Region and specific measurable steps that could be taken to improve the health and well-being of the older population.

The Delegate of Canada welcomed the extent to which the document had drawn upon "A Guide for the Development of a Comprehensive System of Support to Promote Active Ageing," which had been produced jointly by Mexico and Canada.

It was suggested that the section in the document on "Access to Appropriate Health and Long Term Care Services" should give greater attention to the development of community-based supportive housing or assisted independent living options, which had been found in some countries to be a cost-effective alternative to institutionalization. It was also suggested that injury prevention and control should be included among the health promotion targets in the section on strategies, as research indicated that unintentional injuries, especially falls, were the single most important preventable cause of hospitalization and long-term disability among older adults.

Under section 3.3.1 "Establish Health Promotion Targets for Older Persons," it was suggested that anxiety and depression should be considered as mental health outcomes rather than as risk factors. Among the major risk factors for anxiety and depression were social isolation, poverty and disabling physical conditions. It was felt that dementia should not be included under the heading of "What can be done," since dementia was not amenable to prevention or treatment in the same way as anxiety and depression.

Several delegates stressed the importance of taking a broad view of the direct impact that an improvement or deterioration in the health status of a particular population might have upon the health outcomes of another population. The linkages between health and aging and issues such as chronic diseases and health care reform were also highlighted. A number of delegates described the work that was being done in their countries on the topic of health and aging.

It was pointed out that the impact of the issues of health and aging varied across the Region, since the various countries had different rates of mortality and life expectancies, different proportions of older people in the population as a whole, and so on. At the same time, the topic was not just a question of reducing mortality or increasing life expectancy, it was also, and essentially, a question of the quality of life that could be offered to the populations of older adults. The issue had two major aspects: on the one hand, that relating to health promotion and specific types of health protection for older people, and, on the other hand, that relating to monitoring and regulating residential and other facilities for them. Without such regulation and supervision, there was a risk of serious violations of older persons' human rights, particularly where such persons did not have the support of a family environment. There was a need for an overall, integrated approach, but at the same time, countries needed to be able to select those features which were appropriate to their individual demographic situation.

Monitoring and evaluating research was seen as an important role for PAHO. Ministries of health in the countries needed to have adequate evidence of the impacts of national health promotion initiatives, programs, and policies, and PAHO's technical cooperation could help them collect the necessary data to determine those impacts.

Dr. Peláez thanked the delegates for their comments and for their vote of confidence in the program. She was particularly grateful for the specific suggestions of particular areas in which the content of the document could be improved, notably in the areas of mental health and community care.

Noting that current development of initiatives on aging was largely in the hands of the private sector, she referred to the need to determine the form that collaboration between the public and the private sectors would take. That was relevant in particular to the issues of monitoring and regulation of facilities for older people. She agreed that there was a need for close coordination on the ground between the programs on aging and those on chronic diseases, as well as between health and aging and health care reform, and that the overall issue was not only increased longevity but also the human rights of older people.

Recalling that research into the issues had taken the form of the four-year multicenter Study on Aging, Well-being, and Health (SABE) of older adults, she said that

the results from SABE had enabled PAHO to focus its technical cooperation more effectively. PAHO was fully prepared to provide those results to the various countries, continuing to provide support to them as they carried out their own research.

The Committee adopted Resolution CE130.R19 on this item.

***Regional Strategy for Maternal Mortality and Morbidity Reduction
(Document CE130/16)***

Dr. Virginia Camacho (Regional Advisor, Maternal Mortality Reduction Initiative, PAHO) presented an overview of PAHO's approach for reducing maternal mortality and morbidity. Maternal mortality continued to be an area of public health in which little progress was being achieved, although there was ample knowledge of the causes of maternal death and appropriate, evidence-based interventions for resource-poor settings existed. It was known, for example, that vast majority of maternal deaths were due to direct obstetric causes, even in countries with low maternal mortality rates; 80% of all post-partum deaths occurred in the first week after childbirth; 15% of birthing women had a serious complication; and 1%-2% of birthing women needed a major obstetrical intervention to survive. Other lessons learned were that a long-term political commitment was essential to reduce maternal mortality; that every pregnancy faced risk and therefore every pregnancy required skilled attendance at delivery; that the quality and coverage of care had to be improved; that contraceptive options had to be increased, ensuring their availability and use; and that it was advantageous to delay the first birth.

History had shown that the key to reducing maternal mortality lay not solely in general social and economic development, but also in making effective treatment available and accessible. A WHO study, for example, had demonstrated a strong correlation between low maternal mortality rates and skilled attendance at birth. Therefore, PAHO was currently promoting a more focused approach, concentrating on such cost-effective interventions as essential obstetric care (EOC) and improved access to quality maternal health care services.

The regional strategy for maternal mortality and morbidity reduction was designed to translate the lessons learned into action. The strategy sought to promote effective public policies and guidelines at the national and municipal levels; promote best practices and evidence-based interventions, notably essential obstetric care and skilled attendance at birth; increase community interventions and participation; build partnerships and coalitions; strengthen maternal mortality and morbidity surveillance systems; finance maternal and perinatal health services within health sector reform; and increase investment in maternal and perinatal health promotion interventions.

The interventions advocated under the strategy had already been shown to work. In one district in Ecuador, for example, skilled attendance at birth had increased 80% in three years, and in Honduras had succeeded in reducing its maternal mortality rate 40% in the past seven years. With concerted effort, it would surely be possible to achieve the goal of reducing maternal death rates to below 100 per 100,000 live births in all countries of the Region and close the maternal mortality gap between and within countries.

The Executive Committee applauded the document and welcomed the changes made following the SPP's discussion of an earlier draft. The document now focused more on deciding interventions on an individual basis, taking into consideration past evidence and best practices, as well as risk assessment specific to each individual pregnancy. The disproportionately high maternal death rates among poor and underprivileged women were considered one of the most egregious manifestations of inequity in health, especially since the vast majority of such deaths were preventable. The Committee stressed that improving the situation should be a major public health priority of all governments.

It was pointed out that the maternal mortality rate was not only a health indicator, but also an important development indicator. The problems that contributed to high maternal death rates had to be tackled by the community as a whole. One delegate reported that a community-based initiative designed to identify pregnant women and ensure that they received adequate prenatal care had proved extremely effective in reducing maternal mortality in his country. Another argument for community involvement was that a significant proportion of pregnant women were without the support of their male partners during or after pregnancy. Male partners should also be the targets of education and health promotion campaigns aimed at fostering safe motherhood.

Various delegates highlighted the need for training, adequate interinstitutional cooperation, and, above all, a multisectoral approach. Such an approach should address socioeconomic factors, employment, and the educational challenges that women faced in addition to their health and nutritional needs. It was emphasized that poverty reduction and education were crucial strategies, as the majority of maternal deaths occurred among the poorest women with the least schooling. Attention to the health and nutritional status of girls well before they reached childbearing age was also critical for reducing risks and improving pregnancy outcomes.

Improving the quality of care was also considered critical in order to eliminate inequalities, such as those that often existed between urban centers and remote rural areas, which tended to show higher rates of mortality. In regard to quality of care and access to services, delegates noted that those most at risk for complications were often from the disadvantaged socioeconomic strata. Consequently, even where services were ultimately reimbursed, many women would be less likely to access them because they

were unable to afford the initial out-of-pocket expenses. The issue of financing posed perhaps the greatest challenge to the provision of universal access to health care for the poor and marginalized women in the Americas. There should be a continuing focus on developing innovative strategies for sustainable financing and improved access.

Several suggestions were made for improving the document. Concern was expressed about the phrase "every pregnancy faced risk," which was perhaps overly broad and might exaggerate the degree of risk. It was suggested that Section 2.1, "Current Situation of Maternal Morbidity and Mortality," should focus more on other causes of maternal death, as only adolescent pregnancy was discussed in depth. It would be useful to have a similarly detailed discussion of the other factors and how they could be prevented. Several delegates sought clarification on some of the figures presented in the document and offered to supply more recent data and methodological information on surveillance of maternal mortality.

One delegate expressed the view that the phrase "reproductive health services" in the international context now had the connotation of abortion services and recommended that it should be changed to "reproductive health care," so as not to give the impression that the document was in any way promoting abortion in the Region. As the document pointed out that unsafe abortions were contributors to maternal mortality in a number of countries, it should also reflect an emphasis on preventing abortion, especially by reducing unplanned pregnancies. Other delegates felt that the document focused excessively on EOC to the exclusion of other strategies such as prevention, education, and antenatal care, particularly addressing sexually transmitted infections, HIV/AIDS, and recourse to unsafe abortion.

It was pointed out that much of the document referred only to maternal mortality, with little attention to morbidity. Women's high burden of illness and disability due to complications of pregnancy and childbirth or unsafe abortions needed to be an explicit part of all maternal health programs and policies.

Dr. Camacho expressed her appreciation for the Committee's useful comments and suggestions, which would be reflected in the revised version of the document. She welcomed the delegates' expressions of commitment to the issue and thanked those who had offered to provide more up-to-date or detailed data.

The Director said that the high levels of maternal mortality in the Region were one of his greatest concerns. When one looked at the advances made in reducing child mortality, one had to ask why similar progress had not been made on maternal mortality, especially since many of the issues that needed to be addressed were the same: poverty, development, education. Perhaps part of the problem was a reluctance in the countries of

the Region to acknowledge that the problem really existed. If so, it had to be brought out into the open.

As the document made clear, the necessary technologies were available; the question was how to galvanize the countries into applying them. He clarified that the emphasis on EOC did not mean that other activities were not equally important. A multifactorial approach was essential. In the countries where maternal mortality rates were highest, specific interventions should be applied, while recognizing that in the countries with lower rates a wider spectrum of activities would be required to bring about an improvement.

The Committee adopted Resolution CE130.R10 on this item.

Public Health Response to Chronic Diseases (Document CE130/17)

Dr. Sylvia Robles (Coordinator, Program on Noncommunicable Diseases, PAHO) described the public health approach developed by PAHO to address the growing burden of chronic noncommunicable diseases (NCDs) in the Region. That approach combined population-based risk management to prevent NCDs with primary care models for responding to both acute and chronic health needs. Although they continued to be perceived as diseases of affluence, chronic noncommunicable diseases, especially cardiovascular diseases, were now leading causes of premature death and disability in all countries of the Americas. They also exacted a tremendous social and economic toll, as they tended to affect adults during their most productive years, thereby depriving families of their principal wage-earners. Their impact on the poor in developing countries was especially severe. Moreover, chronic diseases themselves could lead to poverty, as the cost of treatment was often exorbitant. It was therefore imperative to find sustainable, cost-effective strategies for preventing these diseases.

A key component of the regional approach was Actions for the Multifactorial Reduction of Noncommunicable Diseases, a network of community-based programs, known by its Spanish-language acronym, CARMEN. A related initiative in the Caribbean was the Caribbean Lifestyle Intervention Program (CARLI). CARMEN was based on the concept of integrated action aimed at reducing a set of risk factors common to many noncommunicable diseases. CARMEN and CARLI shared three elements common to all successful programs for NCD disease prevention and control: (1) policy-building to address macro-level determinants of NCDs, (2) community-based action; and (3) responsive health services. CARMEN was one of the six regional networks operating in each of the WHO regions. Those networks offered opportunities for evaluating the effectiveness of interventions, exchanging experiences between countries, and training. Other components of the PAHO strategy were surveillance of NCDs and risk factors, innovative models for delivering care for chronic conditions, and advocacy for policy

change. The document provided information on the activities envisaged in each of those areas.

The Executive Committee was asked to comment on how PAHO might strengthen its public health approach to chronic NCDs, especially through the CARMEN initiative, and assist Member States in grappling with the double burden of communicable diseases and noncommunicable diseases.

The Committee endorsed the public health approach presented in the document and applauded PAHO's efforts to help the countries deal with chronic noncommunicable diseases, which were an increasingly burdensome problem for both developed and developing countries in the Region. The Committee stressed the need for prevention to reduce the occurrence of chronic NCDs and thus also reduce their staggering economic and social costs. To prevent these diseases it was essential to address the risk factors that contributed to their occurrence. To do that, however, it was necessary to determine what the risk factors were, which pointed up the need for research and increased investment in research. Studies should look at the whole range of behavioral, environmental, dietary, and other factors that might play a role in the development of chronic NCDs. Health promotion and education were also crucial in order to convince people to change potentially harmful behaviors and equip them with the knowledge they needed to take greater responsibility for their own health. Research was also needed in the area of health promotion and education to identify the most effective interventions. The Committee saw such research as a key technical cooperation role for PAHO.

CARMEN was considered a highly effective vehicle for preventing disease and promoting health, as it offered an integrated approach for addressing chronic NCDs and their common risk factors. Another advantage of CARMEN was its emphasis on community participation and multisectoral action, which were essential components of any successful program to prevent chronic NCDs. It was suggested that the document should provide more detailed information on the CARMEN initiative and on strategies for reducing common risk factors.

The Committee pointed out that, as in the case of HIV/AIDS and other diseases linked to risk, health promotion efforts must target not only individuals but also their families and society as a whole, so as to bring about a cultural change and foster environments that discouraged unhealthy and risky behaviors. The Representative of the Inter-American Development Bank reported that a joint initiative of PAHO and the IDB had borne out the need to heighten public awareness of the risk factors for chronic NCDs and create a culture of prevention in which people accepted the need to take certain measures to prevent chronic noncommunicable diseases, just as they accepted the need to get immunized to protect themselves from vaccine-preventable diseases.

Several delegates again noted the linkage between chronic NCDs and the subject of health and aging and felt that it should be highlighted more prominently in the documents on both items. One delegate pointed out that this item was also linked to the item on IMCI, since action taken to prevent health problems in childhood would also help prevent health problems later in life. Through health education, children must be prevented from taking up smoking and other unhealthy habits that could lead to chronic NCDs and they must be encouraged to exercise and adopt healthy lifestyles.

Noting that the document did not mention the global strategy currently being formulated by WHO on diet, physical activity, and health for the prevention and control of noncommunicable diseases, one delegate urged PAHO to become actively involved in the strategy's development. PAHO had provided a valuable forum for discussion and input by Member States on other major global strategic initiatives, such as those on health system performance and infant and young child feeding. It was important for the Organization to play that role again in the case of the global strategy on NCDs. The delegate also urged Member States to submit their comments on the draft report of the expert consultation organized by WHO and the Food and Agriculture Organization (FAO) of the United Nations on diet, nutrition, and prevention of chronic diseases, as the recommendations contained in that report would form the basis for the global strategy.

Dr. Robles emphasized that PAHO's strategy employed an integrated approach that took account of both the chronic noncommunicable diseases and their associated risk factors. As the delegates had observed, CARMEN offered the opportunity to integrate actions and ensure the sustainability of NCD prevention and control initiatives. It also provided a framework for international collaboration and for evaluating the effectiveness and impact of interventions. She agreed on the importance of risk prevention that targeted the family and the community because risk factors had a component that was socially constructed. Moreover, families could facilitate prevention starting in childhood and throughout the life cycle. For that reason, family and community action were a key component of PAHO's public health approach, along with public policy-building and responsive health services.

The Director agreed on the need to address NCDs throughout lifecycle. Disease prevention and health promotion should start in childhood and even before birth, since there was strong evidence that intrauterine conditions influenced a person's proclivity towards chronic diseases later in life. Hence, promoting maternal health could be a preventive measure for reducing the prevalence of chronic diseases.

He also agreed that health promotion strategies should target society as a whole. However, while population-based interventions were imperative in some cases, interventions directed towards individuals were also necessary. He hoped that the document made it clear that the two approaches were in no way antagonistic. In some

instances, the state must take action to reduce or eliminate factors that posed a risk for the population—e.g., measures to reduce the risk of tobacco use. But it was also important to focus on changing individual behaviors.

Regarding the draft report of the WHO/FAO expert consultation, he had not had the opportunity to read the document in depth. After he had done so, he would be in a position to confer with the Member States as to whether a consultation at the regional level would be appropriate and useful to help further work in regard to development of the global strategy on noncommunicable diseases.

He was pleased that the Committee had brought up the subject of research, which was an important aspect of PAHO's approach to NCDs. At present, the Organization was sponsoring a multicenter research project aimed at determining how groups and individuals could best be persuaded to change their behavior and at what stage they would be most receptive to health promotion messages. Information on the project had not been included in Document CE130/17 because the working documents submitted to the Governing Bodies were intentionally kept brief. However, in revising the document for the Conference, the Secretariat would try to incorporate more information about research and about CARMEN, an initiative of which the Organization was very proud.

The Committee adopted Resolution CE130.R13.

Women, Health, and Development (Document CE130/18)

Dr. Marijke Velzeboer-Salcedo (Coordinator, Program on Women, Health, and Development, PAHO) described her program's work to bridge the health and gender gap in the Americas. In keeping with PAHO's definition of inequity, gender inequities were defined as those inequalities between men and women that were unnecessary, preventable, and unjust. Gender equity in health did not necessarily mean that men and women would have the same mortality and morbidity rates, but it did mean that they had equal opportunity to enjoy health and to avoid becoming ill or disabled or dying prematurely from preventable causes. It also meant that health resources were allocated according to the differential needs of men and women, irrespective of their ability to pay, and that men and women contributed to health care financing according to their economic capacity, not their health and reproductive health risks.

There was increasing evidence that gender inequities affected health status, access to health services, and the quality of care received. The impact of gender inequities on women's health status was evident, for example, in the Region's unacceptably high maternal mortality rates and in the gender-based violence that affected more than 1 in 3 women. Gender inequities also interacted with and were exacerbated by poverty, education, and ethnicity. Excess female mortality was much higher among poor women.

Throughout their lifetime, women tended to use health services more than men as a result of their reproductive role and longer life span. However, poor women used services less than men and spent more out-of-pocket for health care. Gender inequities also affected the provision of health care. While women made up 80% of the health care workforce, they worked mainly in low-income, low-prestige jobs. Furthermore, much of women's contribution to health in their families and communities was unremunerated.

PAHO's Program on Women, Health, and Development had been established to assist Member States in achieving gender equity in health. Based on that mandate and the needs of Member States, the Program had identified five strategic areas for action: (1) including a gender perspective in health situation analysis to target policies and programs more effectively; (2) monitoring the effect of health policies and reform processes related to gender equity in health; (3) developing and implementing models that addressed gender inequities in health in an integrated manner; (4) supporting outreach activities with information, education, and communication strategies and materials for advocacy and training; and (5) mainstreaming the gender perspective in the policies and programs of PAHO and Member States.

The document outlined the principal activities of the Program in each of those areas and presented a series of actions which the Program recommended Member States take to bridge the gender gap. Those recommendations were based on the commitments assumed by the countries under the various global and regional conventions on women's rights and women's health, as well as the recommendations of PAHO's Subcommittee on Women, Health, and Development.

In the discussion that followed Dr. Velzeboer's presentation, Members of the Committee welcomed the revisions made to the document since the SPP's consideration of an earlier version, especially those that clarified the meaning of "gender equity" and related terminology. It was suggested, however, that the statement that "payment for health services is made according to economic ability" somewhat contradicted the assertion that gender equity meant that men and women received health services according to their differential needs and irrespective of their ability to pay. It was also suggested that the document should focus more on the Program's concrete achievements to date, its ongoing work, and its future priorities. The document's attention to the mental health needs of women was applauded, but it was felt that the issue should not be mentioned only in the context of violence against women.

The Delegate of Canada offered her country's expertise to assist the Program in compiling and analyzing sex-disaggregated data.

Dr. Velzeboer-Salcedo thanked the Canadian Delegate for her offer. She reported that, since the last session of the Subcommittee on Women, Health, and Development,

the Program had recruited a staff member with expertise in gender analysis, which had enhanced its capacity to collaborate with the countries in that area. Regarding the suggestions on the document, she said it been intended to provide a broad picture of what the Program had achieved and where it planned to go in the future, emphasizing how the Program could assist the countries. It had therefore not included much detail about concrete achievements, but the Program would try to include more concrete information in the next version. As for future priorities, the strategic areas identified in the document represented the priority areas in which the Program would be concentrating its efforts in the coming years.

In response to the comments concerning mental health, she explained that it was mentioned explicitly in the section on gender-based violence because sometimes the Program's work in that area was incorporated into the mental health department of the health ministries in the ten countries in which the model for addressing gender-based violence had been implemented. The aim was to utilize the community-based networks established under the model to also address mental health and other primary health care needs of women. In El Salvador, for example, several community-based networks were already working on mental health problems in addition to their work with regard to gender-based violence.

The Committee adopted Resolution CE130.R14 on this item.

Evaluation of the Pan American Center for Sanitary Engineering and Environmental Sciences (CEPIS) (Document CE130/19)

Mr. Roberto Rivero (Office of Analysis and Strategic Planning, PAHO) reported that the Director of the Pan American Sanitary Bureau had requested PAHO's Office of Analysis and Strategic Planning, to conduct a broad-based evaluation of the relevance, effectiveness, and efficiency of the Pan American Center for Sanitary Engineering and Environmental Sciences (CEPIS). It was hoped that in the process, an evaluation model would be developed that could be applied to other Centers of the Organization. The Director had asked the evaluation team to address four main issues: whether the original rationale for PAHO's operating the Center was still valid; the nature of the working relations among CEPIS and PAHO's country offices, and whether those relations resulted in actual synergies; the medium and long-term financial outlook for CEPIS and suggestions on how it could be improved; and whether the merger of resources from the former Pan American Center for Human Ecology and Health (ECO) into CEPIS had been effective.

The key issues identified by the Director coalesced around three evaluation questions: whether CEPIS was delivering effective, relevant, useful, high-quality, technical cooperation which contributed to improving environmental health in the

Americas; whether CEPIS was well managed; and whether the merger of some resources from the former ECO with CEPIS had created the intended synergies. Those questions had been addressed through a detailed analysis of material and Center data; an analysis of a sample of CEPIS project files, and interviews with CEPIS staff, key stakeholders in Peru, PAHO Headquarters staff and other Regional experts, and surveys.

The evaluation had produced four main conclusions. Firstly, CEPIS was perceived as a valuable source of technical cooperation. However, it should adapt its present role and functions so as to be more proactive and work more through networks of institutions, which would have a multiplier effect on its technical cooperation. Secondly, CEPIS should seek to transform itself into a catalyst organization, as had been recommended by the 1998 Special Advisory Group. This would mean that the CEPIS planning, programming, and budgeting process would have to find a better way to distribute available regular budget resources. Thirdly, CEPIS should develop an appropriate resource mobilization strategy, as well as a permanent internal capacity for resource mobilization. That would require additional funding, to be achieved either by a redirection of CEPIS resources or by additional funding approved by the Director of PAHO. Fourthly, the merger of two different technological cultures—CEPIS and the former ECO—as well as the construction of a "new" CEPIS was still a work in progress which deserved the support of an external advisory body. In addition, the evaluation had produced 19 recommendations in the areas of effectiveness and the CEPIS-ECO merger.

The Executive Committee commended the Secretariat on the quality of both the summary document and the full evaluation report. The Committee felt that the information contained in the report was very valuable in making the Member States more cognizant of the important role played by the Centers. It also considered the involvement of the external auditor to have been highly beneficial. It was suggested that one or two such evaluations per year should be carried out and their results communicated to the Governing Bodies. It was pointed out that the fundamental question to be addressed in an evaluation of such a center was whether and to what extent it was contributing to the achievement of the plans and programs of the Organization and its Member States. Any recommendations for changes should be seen in the same light.

Delegates cautioned that as the report itself pointed out, the report was subject to some internal bias due to the heavy reliance on stakeholder surveys and interviews. Additionally, the evaluation methodology could have been improved by the addition of quantitative measures. Nevertheless, the results were useful as a tool to enhance the accountability and responsiveness of the Center, and full implementation of the evaluation team's recommendations would bring improvements in the Center's capacity. Support was expressed, in particular, for the recommendation that CEPIS should play a more proactive and forecasting role and should guide Member States in the utilization of environmental health assessments.

While the degree of dislocation that had occurred following the merger with ECO was relatively normal and would probably be resolved in due course, it had to be asked whether it was realistic to expect CEPIS to accommodate all the needs of all the countries of the Region. Perhaps there should be alliances with, for example, the Caribbean Environmental Health Institute in Saint Lucia, thus permitting greater involvement by countries located far away from CEPIS. The Delegate of Jamaica reported that CARICOM, with the assistance of PAHO, was currently undertaking a review of the regional institutions operating within the CARICOM area, including the Caribbean Environmental Health Institute. He would not rule out some form of merger of functions or alliance with CEPIS, but that that was a matter to be considered when the evaluations were completed.

It was suggested that, since the report did acknowledge some significant weaknesses in the Center, before the topic was presented to the Pan American Sanitary Conference, an addendum to the report might be produced to address the recommendations made, thus giving the full picture not only of the evaluation but also of how the Secretariat viewed the recommendations. Delegates identified five areas in which such additional information might be useful: the merger with ECO and its failure to bring the desired synergies; the current lack of a financial plan; the lack of a senior management team; the lack of a medium-term strategic plan; and the need for greater outreach to the English-speaking countries of the Region.

Mr. Rivero thanked the Executive Committee for its comments. He pointed out that this was essentially an internal evaluation that had been designed on the basis of questions defined by the Director. The methodology developed could probably also be used for evaluating other centers in the future, but he cautioned that no two Centers are alike, and that if different questions were posed, then the evaluation methodology might have to be changed accordingly.

He agreed that it did appear that CEPIS' current structure and resource allocation needed to be reorganized. Given the current financing and internal resource allocation, the Center had almost reached its maximum potential for performance, and to advance and develop that potential it would be necessary to implement at least some of the major recommendations. He also concurred with the suggestion of alliances with other centers such that, in the future, CEPIS functioned more as a hub of collaborating centers and institutions.

The Director said that the results of an evaluation depended on the questions asked, as well as on the suitability of the institution for evaluation, plus the capacity of the available data to answer those particular questions. But with that caveat, then a general methodology could be developed, for use in future such evaluations.

It should be remembered that while CEPIS had been evaluated as an individual center, in program terms it was a part of the environmental health program as a whole, which also consisted of persons at Headquarters and of environmental health specialists in the countries. When the possibilities for delivering technical cooperation in environmental health were considered, it was not right to expect that CEPIS alone would perform that function. The reason for the merger of ECO and CEPIS had been to eliminate a divide between identification of risks in one place and determination of the response to those risks in another. In large measure, CEPIS had been successful in combining those two functions, which was what he understood by a "new" CEPIS. However, once the responses to the risks were defined, the technical cooperation necessary to supply the answers at the country level did not devolve on CEPIS alone, but on the environmental health program as a whole.

CEPIS' main responsibility was to fulfill a regional mandate. It would never be able to respond to all of the individual requests for technical cooperation that might come from individual countries. Doing so was in part the responsibility of the environmental health specialists in those countries.

While it had been suggested in the report that CEPIS should place more emphasis on mobilizing external resources, he noted that at present half of the Center's funds already came from external resources. He did not think it a good idea for a center to be so dependent on external resources that those resources dictated what the center was doing. The correct approach was for the center to ascertain what the Governing Bodies had declared should be done and then seek the resources to do it.

The deadlines for preparation of documents meant that a detailed addendum responding to the recommendations could not be created, but he could certainly indicate how the Secretariat would respond to some of the managerial issues raised. For example, he would be setting up an Advisory Committee as suggested to provide guidance on technical and policy aspects. He cautioned, however, that it was not possible to structure a financial plan or a medium-term strategic plan for CEPIS that would be separate from those of the Division of Health and Environment. CEPIS was not an independent entity; it was a part of the environmental health program as a whole.

He noted the suggestion that CEPIS needed to reach out to the Caribbean. That would occur when risks in environmental health pertaining to the Caribbean needed identification from CEPIS and when the solution to those risks fell within the competence of CEPIS. When that was not the case, then response to environmental needs in the Caribbean had to be the responsibility of the Organization as a whole, including the Division of Health and Environment.

The evaluation had been a useful exercise and one that would contribute to strengthening environmental health in the Region as a whole. However, before undertaking other such evaluations, it was necessary to be sure that the benefits to be gained would justify the resources utilized.

The Committee adopted Resolution CE130.R15 on this item.

Report on the Meeting of the Health and Environment Ministers of the Americas (HEMA) (Document CE 130/20)

Dr. Mauricio Pardo (Director, Division of Health and Environment) reported that the Meeting of the Health and Environment Ministers of the Americas (HEMA) had been held in Ottawa, Canada, on 4 and 5 March 2002.

He explained that the meeting, which had grown out of the Quebec Summit in April 2001, and before that out of the Pan American Charter and Plan of Action signed at the Pan American Conference on Health and Environment in Sustainable Human Development in Washington in October 1995, had been organized by the Government of Canada in collaboration with PAHO and the United Nations Environment Program (UNEP). The technical documents for the meeting had been drafted after a review of the existing knowledge and a broad-based consultation with countries and institutions, including the Inter-American Development Bank, the World Bank, the Organization of American States, and the European Center for Environment and Health/WHO. The meeting had been attended by representatives of 31 countries, whose delegations had included 14 ministers of health and 15 ministers of environment. Its objectives had been to build bridges between the health and environment sectors, reach agreement on cooperative activities and contribute to the World Summit on Sustainable Development to be held in Johannesburg to be held in August 2002.

He gave two examples of the benefits of holding such hemispheric meetings. Firstly, drinking water coverage in the Region had improved from 33%, or 69 million people, in the early 1960s, to 85%, or 420 million, at the present time. Secondly, the use of lead in gasoline had dropped from 27,000 tons in 1990 to an estimated 5,000 tons in 2000, 15 countries in the Region had eliminated lead in gasoline, and the remainder had plans to phase it out. In both cases, the improvements had come about as a result of hemispheric meetings such as HEMA.

The HEMA meeting had noted that diarrheal diseases and respiratory ailments continued to represent the principal burden of disease linked with the environment. While recognizing that there were differences among countries, it had identified the common priority environmental health issues in the Region: first, water pollution, sanitation, and hygiene; second, indoor and outdoor air pollution; and third, the chronic and acute effects

of exposure to chemical substances, pesticides in particular. There was agreement at the meeting, moreover, to consider ways of working towards meeting the Millennium Summit's goals with respect to water and sanitation and the reduction of water pollution, as outlined in the Declaration of Montreal 2001; solid waste management and the phasing out of lead in gasoline; implementing the Stockholm Convention; control of exposure to chemical substances; and reducing vulnerability to natural disasters.

The participating countries had agreed on the need to move forward in the national arena with a broad-based strategic partnership between the health and environment sectors and on the importance of capacity-building in the areas of surveillance, the use of indicators, information exchange, institutional strengthening, and public information and education. Renewed emphasis was placed on the Pan American Charter on Health and Environment in Sustainable Human Development, recognizing the preeminence of action in each country. The Ministerial Communiqué that emerged from the meeting affirmed the ministers' agreement to meet periodically prior to the Summits of the Americas. It also called for the creation of a follow-up mechanism that would not duplicate but, rather, take advantage of existing regional and subregional capacities.

Canada, PAHO, and UNEP would convene a Task Force to design that follow-up mechanism. It would work in the period 2002-2003 to define the type of actions that were required to implement the recommendations and conclusions of the HEMA meeting. It was suggested that the membership should comprise ten senior officials from the ministries of health and environment of perhaps five countries, regionally distributed. There would be two Co-Chairs, one from each ministry. The role of PAHO would be to work closely with the Co-Chairs to develop strategic materials and papers. Canada had generously offered to fund the first year of the Task Force's work.

The Delegate of Canada thanked the Secretariat for an excellent summary of the meeting, including the analysis of the outcomes and the resulting proposals for action. He expressed Canada's gratitude to PAHO for the technical advice and support in planning for the meeting. He also thanked the ministers and officials who had contributed to its success. The meeting had made progress in forging strategic partnerships between the health and environmental sectors. It had succeeded in identifying priorities and initial goals to consider. The follow-up process needed to be developed in order to maintain momentum. Canada looked forward to continued collaboration with PAHO in the formation and the work of the Task Force and in facilitating consultations internationally once the Task Force had fulfilled its mandate and the action phase had begun. Canada endorsed the proposal that the Governing Bodies of PAHO should be informed annually about progress made toward compliance with the commitments made at the HEMA meeting.

The Director thanked Canada for hosting the meeting, which had been useful and productive. It had been encouraging to see that the ministers of health and environment had focused on such primary problems as water and sanitation. PAHO looked forward to playing a part in the next phase.

The Committee adopted Resolution CE130.R20 on this item.

Centennial of the Pan American Health Organization (Document CE130/21)

Mrs. Bryna Brennan, (Chief, Office of Public Information, PAHO) reported on the activities to mark the Centennial of PAHO. She described some of the events that had already taken place, and gave an overview of those still to come. She explained that after several years of planning and input from the entire Organization, the commemorative events were being held not just to celebrate past achievements and future promise, but also to foster existing relationships, create new partnerships, and promote the work and mission of the Organization. The celebrations were reaching a wide variety of audiences—the health sector, the scientific and academic communities, PAHO staff and the general public—with the message of PAHO achievements and contributions to the health of the peoples of the Americas. The focus was on the work that the Organization had done with the countries of the Americas. Centennial materials and events were highlighting PAHO's work and mission and were designed to stir the spirit of PAHO staff to recommit to the Organization's goals and mission.

Events were taking place at the organizational, national and regional levels, in an extremely wide variety of forms: fairs and exhibitions, symposia, postage stamps, contests and awards, media items, sporting events, creation of quilts, and so on. PAHO itself had created a special Centennial Web page, and had produced videos, public service announcements, celebratory merchandise, and more.

A number of delegates reported on what their countries were doing to mark the Centennial.

The Delegate of Canada offered his congratulations on the success of the events so far and his best wishes for those still to come. Canada had had a tree-planting ceremony to mark the Centennial. Alongside the tree was a commemorative granite plaque in the four languages of the Region. In gratitude for the Director's service to the Organization and in recognition of his interest in gardening, Canada wished to present him with the special shovel made for the occasion.

The Director expressed his appreciation for the gift, remarking that it would be very useful in his retirement years. Noting that Organization was halfway through the

celebratory year, he thanked everyone who had contributed to the success of the Centennial, which was a celebration of all that the Member States had achieved.

The Executive Committee took note of the presentation and the subsequent discussion, but did not consider it necessary to adopt a resolution on this item (Decision CE130(D6)).

Administrative and Financial Matters

Report on the Collection of Quota Contributions (Documents CE130/22 and CE130/22, Add. I)

Mr. Mark Mathews (Chief, Department of Budget and Finance, PAHO) reported that, as of 31 December 2001, collection of quota assessments had totaled \$92.9 million, of which \$54.5 million represented payment of 2001 assessments and \$38.4 million pertained to prior years. Detailed information on receipts of quota payments by Member States and payment dates was included in Annex A of the document. On 1 January 2002, total arrears for years prior to 2002 stood at \$49.2 million. Payments received between 1 January and 17 June 2002 had amounted to \$18.6 million, or 38% of that total, reducing those arrears to \$30.6 million, as compared to \$22.2 million and \$22 million in arrears at the corresponding times in 2001 and 2000, respectively.

The collection of contributions for 2002 assessments amounted to \$29.7 million as of 17 June 2002. Ten Member States had paid their 2002 assessments in full, 5 had made partial payments, and 24 had not made any payments. The collections represented 33% of the current year's assessments; the corresponding figures were 32% in 2001, 27% in 2000, and 25% in 1999. Together, the collection of arrears and current year's assessments during 2002 totaled \$48.3 million, as compared to \$61.5 million in 2001, \$47 million in 2000 and \$45 million in 1999. Detailed information on payments received and the application of those payments could be found in Annex B of the document.

Article 6.B of the PAHO Constitution provided for the suspension of voting privileges if a country was in arrears by an amount in excess of two full years' quota payments. The 43rd Directing Council, in Resolution CD43.R2, had requested the Director to continue to monitor the implementation of special payment arrangements by Member States in arrears with prior years' quota assessments; to advise the Executive Committee of Member States' compliance with their quota payment commitments; and to report to the 26th Pan American Sanitary Conference on the status of the collection of quota contributions for 2002 and prior years.

The Member States subject to Article 6.B at the present time were Argentina, Cuba, the Dominican Republic, and Ecuador. Argentina owed a total of \$21.8 million, of which \$9.7 million related to the years 1997 through 1999. It had submitted a deferred payment plan that had been accepted by the 42nd Directing Council in 2000; by the opening of the 42nd Directing Council it had not made sufficient payments to be considered in compliance with the plan, but in resolution CD43.R2 the Directing Council had maintained Argentina's right to vote, noting, however, that no further extensions would be granted. Argentina was required to make payments totaling \$7,725,967 prior to the opening of the 26th Pan American Sanitary Conference. To date, it had made payments totaling \$178,655.

Cuba owed \$2.0 million, of which approximately \$197,000 related to 1999. It was in compliance with its deferred payment plan, which had been accepted by the Directing Council in 1996. The Dominican Republic owed approximately \$550,000, of which about \$103,000 was attributable to 1999. It had submitted a deferred payment plan which had been approved in 2001, under which it needed to pay an additional amount of \$188,060 prior to the end of 2002. Ecuador owed approximately \$529,000, of which about \$82,000 related to 1999. It was in compliance with the deferred payment plan approved by the Directing Council, and needed to make payments totaling \$220,000 during 2002.

Peru was not currently subject to Article 6.B but under its 1999 deferred payment plan was required to pay \$200,000 for 2001 and \$652,980 for 2002, by the end of 2002.

The Delegate of Canada noted that the issue of quota contributions continued to cause financial problems to the Organization. The deferred payment process helped countries to catch up their arrears, without placing them under undue stress. Every Member State had to do its part, and Canada urged Member States to pay their quota contributions on time and in full.

The Delegate of Argentina recalled that his country had been a very active participant in and contributor to the activities of PAHO since its foundation. Currently, his country was passing through a critical economic situation which was impacting all aspects of national life, including health. Argentina was determined to meet its commitment to PAHO and was remaining in close contact with the relevant departments in order to resolve the situation.

The Director congratulated those countries that were adhering to their deferred payment plans. The fact that countries kept up their payments, though doing so represented a major sacrifice in many cases, indicated the value they placed on the Organization.

The Committee adopted Resolution CE130.R3 on this item.

PAHO Financial Regulations (Document CE130/23)

This item was also introduced by Mr. Mathews, who explained that PAHO's current Financial Regulations, which had not been changed since 1991, were in need of revision since they were no longer consistent with WHO Regulations and did not fully reflect current accounting reporting standards and modern business practices. During the past few month a comprehensive review of the existing regulations had been completed. Changes made by WHO had been analyzed, and the PAHO Regulations redrafted based on that review and analysis. Annex 1 of document CE130/23 compared and summarized each of the changes proposed and Annex 2 contained the proposed Financial Regulations.

The proposed revisions to the regulations conformed, to the extent practical and possible, to those adopted by WHO during May 2000 and reflected PAHO's compliance with the United Nations System Accounting Standards. In addition, the proposed changes included reorganization of material to reflect the financial cycle, reclassification of some regulations as rules, correction of erroneous materials, and substantial editing which included elimination of extraneous and duplicated materials along with appropriate use of gender-neutral terms.

While drawing attention to the explanations for all of the changes, set forth in Annex 1, he highlighted certain specific changes which were indicative of the types of revision being proposed.

PAHO believed that the proposed regulations represented a considerable improvement over the existing ones, in that they were presented in a clear and orderly manner and reflected currently accepted financial practices and controls. Although the proposed changes were rather extensive, the basic requirements of the existing regulations had not been substantially changed, and to the extent possible they had been made consistent with the WHO Financial Regulations.

The Committee adopted Resolution CE130.R4, endorsing the proposed revisions.

Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for 2000-2001 (Official Document 305) and Report on the Working Capital Fund (Document CE130/24)

Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for 2000-2001

Mr. Mathews summarized *Official Document 305*, which contained the Director's report on the financial operations of PAHO for the period 1 January 2000–31 December

2001, the financial position of the Organization as of 31 December 2001 and financial statements for the Caribbean Epidemiology Center (CAREC), the Caribbean Food and Nutrition Institute (CFNI), and the Institute of Nutrition of Central America and Panama (INCAP). As was customary for a biennial report, the document was accompanied by an opinion from the External Auditor.

The Statement of Assets, Liabilities, and Reserves and Fund Balances as of 31 December 2001 and 31 December 1999 reflected the prudent management of the Organization's financial assets during the biennium.

A substantial increase in the collection of current biennium assessments had resulted in an excess of income over expenditures of \$4.9 million in the Regular Budget for the biennium, prior to transfers. Receipts of current biennium quota assessments had reached \$132.1 million, an increase of \$7.6 million over the preceding biennium. Receipts of quota payments for prior biennia amounted to \$36.1 million, or 77% of the outstanding balance as of 1 January 2000. Four Member States were potentially subject to Article 6.B on 1 January 2002, as compared to seven Member States on 1 January 2000. Of the \$4.9 million excess of income, \$2.8 million had been transferred to the Capital Equipment Fund, and \$2.1 million to the Building Fund. The Working Capital Fund was fully capitalized at \$15 million, of which the unencumbered portion amounted to \$12.1 million. The three centers (CAREC, CFNI, and INCAP) had experienced a combined excess of income over expenditures of \$2.4 million for the biennium.

Miscellaneous income earned during the biennium plus savings on, or cancellation of, prior periods' obligations amounted to \$18 million, which was an increase of \$1 million over the previous biennium, and \$3.9 million greater than the budgeted amount.

Total 2000-2001 expenditures of \$683 million reflected an increase of \$50 million over the 1998-1999 biennium. That increase was attributable to an increase of \$9 million in the Organization's Regular Budget expenditures; an increase of \$28 million in the Revolving Fund for the Expanded Program on Immunization, and an increase of \$9 in the Building Fund. The major expenditures for WHO were \$77 million for the Regular Budget, \$8 million for the Voluntary Fund for Health Promotion, \$3 million for the Real Estate fund and \$8 million for other projects.

The Statement of Regular Budget Appropriations for the Financial Period 2000-2001 showed that the Organization had had an approved and appropriated budget of \$195 million, less staff assessments of \$18 million, for an Effective Working Budget of \$177 million.

The Emergency Procurement Revolving Fund ended 2001 fully funded at \$125,000. The Revolving Fund for the Expanded Program on Immunization had ended the year with a positive cash balance of \$13 million, after expenditures totaling approximately \$214 million during the biennium. For the Trust Fund projects, \$106 million had been received during the biennium. Projects funded by donated trust funds and implemented during the biennium amounted to \$104 million.

CAREC's Regular Budget income had exceeded expenditures by \$1 million, as a result of a \$1.6 million increase in the collection of assessed contributions. At the end of the biennium, CAREC's prior accumulated deficit of \$257,000 had changed to an accumulated Working Capital Fund balance of \$737,000. Expenditures by CAREC against all funds had totaled over \$9.1 million. The Statement of Quota Contributions from members showed balances due as of 31 December 2001 of \$4.2 million, as compared to \$5.2 million at the end of 1999. The Statement of Trust Funds for CAREC reflected an increase of \$1.2 million in receipts and an increase of \$675,000 in expenditures. Amounts due from donors totaled \$279,000, advanced funds totaled \$794,000, and there was thus a cash balance of \$515,000 in the Trust Fund.

CFNI had had an excess of income over expenditures of \$48,000. The \$310,000 increase in the collection of assessed quota contributions had resulted in an improvement of \$297,000 in CFNI's biennial performance, as compared to the 1998-1999 biennial deficit of \$249,000. CFNI's Regular Budget and Working Capital Fund's accumulated deficit had decreased to \$344,000 as of 31 December 2001. The Statement of Quota Contributions showed that arrears had decreased to \$723,000, and the Statement of Trust Funds reflected expenditures of \$204,000, which was an increase of \$170,000 over the preceding biennium.

INCAP had received income of \$1.2 million for its Regular Budget, similar to the amount received in the preceding biennium. Due to careful oversight of expenditures, the Center had experienced a net excess of income over expenditure of \$35,000. Because the Working Capital Fund was fully funded at \$1 million, which excess had been transferred to the Provision for Fixed Assets Replacements Fund. The INCAP Endowment Fund had earned \$9,000 in interest during the biennium, contributing to the Fund's \$348,000 balance. The statement of INCAP Trust Funds showed project income reaching \$2.1 million with expenditures totaling \$1.6 million in the biennium. The Trust Fund balances had increased from \$250,000 on 1 January 2000 to \$800,000 on 31 December 2001.

The Report of the External Auditor was presented by Mr. Graham Miller on behalf of Sir John Bourn (External Auditor, National Audit Office of the United Kingdom). Mr. Miller said that the audit had revealed no weaknesses or errors which the auditors had considered materially to impact the validity of the financial statements as a

whole. The external auditors were pleased to place an unqualified audit opinion on the statements for the period 1 January 2000 to 31 December 2001. The external audit was an informed and independent scrutiny, conducted according to rigorous standards and best practices. It might be said that in light of recent events the objectivity and integrity of the audit process was now of greater importance than ever before, particularly in organizations responsible for stewardship of public or Member State funds.

As part of the work of auditing, the auditors had visited PAHO Headquarters and had also made audit visits to 10 field offices. Management letters reporting on those visits had been sent to PAHO management.

For PAHO, the 2000-2001 audit report confirmed a net excess of income over expenditure amounting to \$4.9 million. The financial results for the biennium showed the Organization to be in a relatively strong position, although there had been some reduction in collection of prior years' assessed contributions.

The financial position of CAREC had improved, in particular with the improved payments into its Trust Fund. However, arrears of assessments were continuing to affect the Center's financial position. The external auditors encouraged Member States to adhere to the due times for the payment of their contributions. A number of observations had been made in management letters concerning potential improvements in financial management and controls. At CFNI, the rate of collection of contributions was lower overall than at PAHO, despite the Institute's efforts to encourage Member States to pay their assessments, and this was having a detrimental effect on CFNI's financial viability.

The audit report noted that the auditors had previously carried out a high-level review of PAHO's strategic planning, monitoring and evaluation framework, which had been presented to the Executive Committee in June 2000. Following the auditors' recommendation of a system of cyclical reviews, at the request of the Director of the Pan American Sanitary Bureau an evaluation of the Pan American Center for Sanitary Engineering and Environmental Sciences (CEPIS) had been undertaken in 2000-2001 with external audit participation. The work had addressed four main objectives concerning the effectiveness and management of the Center and also aimed to test a model which could be used for evaluating the other centers generally. A report on the evaluation had been submitted to the Director.

There was a separate audit report on INCAP, which noted the small net excess of income over expenditure. There had been a further increase in the proportion of quota contributions collected, and the systems of financial control remained sound and effective.

The Delegate of Jamaica noted that CARICOM had some years previously requested an evaluation of the role of the various institutions such as CFNI, CAREC and so on, with a view to determining whether their work could be carried out more effectively. It appeared that the non-performance of such an evaluation was coloring the attitudes of governments to the contribution process, and it was essential to ensure that the evaluation should be completed as early as possible.

The Delegate of Canada expressed his pleasure at the favorable audit opinion and the overall conclusion that the Organization was on a good financial basis. Noting the pressure that was placed on an organization when dues were not paid in full and on time, he called on all Member States to make a serious attempt to do so. He asked whether excess income over expenditure could be used in the future to lower Member States' quota contributions.

The Director said that few things were more important to the standing of an organization than the report on how its finances were conducted. If a public organization were to be detected in malfeasance or fraud, it could be very seriously damaged. PAHO's resources came from the countries that were its members, which went to extreme lengths and underwent great hardship to pay their contributions. An unqualified audit opinion was not something that was issued lightly, and it represented a clear seal of approval on the way the Organization's finances were managed. PAHO, he said, was fanatical in its sense of responsibility for the appropriate expenditure of public funds. Additionally, when PAHO received a management letter from the auditors, the Organization took it very seriously as something to be worked upon immediately. He hoped that the Executive Committee shared in his satisfaction at the positive report of the auditors on the way that the Organization's funds were being spent.

It was a source of satisfaction that at least the deficit in the Working Capital Funds of CAREC and CFNI had been eliminated. At the recommendation of the auditors, certain funds which had been inactive for some years would be closed.

He expressed concern at the non-payment by some Member States of their quotas. Knowing that non-payment was usually a matter of inability rather than unwillingness, PAHO was sympathetic to their difficulty, but it also had difficulties of its own. Noting that fewer countries than in previous biennia were potentially subject to Article 6.B of the Constitution, he looked forward to the time when the figure would be zero.

The possibility of using excess income to reduce quota contributions was perhaps something that could be studied, but he had found in his years as Director that the spirit in the Member States was not one of seeking to have lower contributions. Countries wished to be sure that their contributions were being appropriately managed, and producing the desired outcomes, but did not seem concerned to pare down their contributions.

The Committee adopted Resolution CE130.R5 on this item.

Working Capital Fund

Mr. Mark Mathews (Chief, Department of Budget and Finance, PAHO) drew the attention of the meeting to Document CE130/24, on the status of the Working Capital Fund. The Working Capital Fund had been established pursuant to Resolution II of the third Meeting of the Directing Council, to be funded from surplus funds as of 31 December 1949. The primary purpose of the Working Capital Fund was to provide funds as required to finance the Regular Budget pending receipt of assessed contributions from Member States. Furthermore the Fund was also available to meet the requirements of the Organization's Centers pending receipt of their assessed contributions.

In 1979, the Inter-American Development Bank had agreed to loan the Pan American Health and Education Foundation (PAHEF) \$5.0 million for the Textbook and Instructional Materials Program. PAHO had agreed to guarantee the loan and maintain as a reserve a portion of the unencumbered balance of the Working Capital Fund. The reserve, which represented the outstanding balance of the loan, was \$2.9 million as of 31 December 2001.

In 1993, the 37th Directing Council had authorized the Director to increase the Working Capital Fund from \$11.0 million to \$15.0 million, to reflect the increase in the biennial budget. Since that time, the Organization's activities had continued to expand and the budget had increased by 17%. Total PAHO expenditure, including procurement and other extrabudgetary activities, was expected to reach \$600 million in the current biennium, representing an increase of over 80%.

During the past three biennia, PAHO had drawn on the resources of the Working Capital Fund to fund Regular Budget deficits, extraordinary expenses arising from the renovation of the Headquarters building, unforeseen requirements of the Revolving Fund for the Expanded Program on Immunization, as well as temporary deficits in two of the Centers administered by the Organization. During the 1994–1995 biennium, the Working Capital Fund had been fully depleted as the result of an unfavorable judgment by the ILO Tribunal.

The biennial budget was funded both by assessed contributions and by miscellaneous income. Miscellaneous income, including investment income, had been projected to contribute \$16.5 million to the 2002–2003 biennial budget. However, interest rates had fallen dramatically since those projections had been made and continued to be at a 40-year low in the United States. Therefore, current estimates for miscellaneous income projected a shortfall of the budgeted amount by as much as \$6.0 million.

Although the Working Capital Fund was fully funded at \$15 million, the unencumbered balance was \$12.1 million, or less than two months' expenditure, after taking into account the reserve for the PAHEF loan. Given the financial risks inherent in the current economic and political environment, an increase of \$8.0 million in the maximum capitalization of the Working Capital Fund was requested. At \$23.0 million, the Working Capital Fund would equal about three months' current expenditure. The increase could be funded from the collection of arrears of contributions during the current and future biennia.

The Delegate of Canada asked whether prompt payment of quota contributions would lessen the requirement for an increase in the Working Capital Fund. The Delegate of the United States requested more information on the balance of the Working Capital Fund over the years since 1994–1995. She pointed out that PAHO had other specialized funds to deal with unforeseen or extraordinary expenditures, such as the Building Fund. It was the position of the United States that international organizations' working capital funds should be no more than 8.3% of their annual budgets, equivalent to one month's operating expenditures. The 8.3% target had been endorsed by the United Nations Joint Inspection Unit for United Nations system agencies. As PAHO's Working Capital Fund was already close to twice that level, the United States could not support the proposal to increase it. She suggested that the issue might be reexamined in one year's time, as it seemed that no really large expenditures were anticipated within the coming year.

Mr. Mathews responded that prompt payment of quota contributions would lessen the requirement for an increase in Working Capital Fund, but would not eliminate it. As of June 2002, arrears to the Organization totaled \$91 million. He recalled that the balance of the Working Capital Fund had been \$156,000 at the end of the 1994–1995 biennium, \$6.8 million at the end of 1996–1997, and \$15 million at the end both of 1998–1999 and of 2000–2001. The target of one month's operating expenditures as a level for a working capital fund had been proposed by one inspector in a Joint Inspection Unit report dated 1989. That report had also stated that evaluation of the desirable levels of a working capital fund should take account of several factors, including the objective of the fund, other types of reserves such as special funds for currency fluctuations, and authority to borrow. PAHO had no such other reserves, nor did it have the capacity for internal borrowing. A Working Capital Fund of \$23 million would represent 12% of the PAHO Regular Budget but only 8% of the combined PAHO/WHO budget. Other United Nations organizations had working capital levels of 9% to 13% of their budgets.

Dr. Alleyne recalled that in the 1994–1995 biennium, when he had become Director, the unfavorable judgment by the ILO Tribunal, coupled with other unforeseen expenditures, had forced PAHO to cut staff and programs. The Organization had just squeaked by, almost emptying the Working Capital Fund. He had vowed to the Executive Committee that such a situation would never occur again. Thanks to careful management

over the years, the Working Capital Fund had been restored, but a larger buffer was needed.

While it was true that some other organizations had smaller working capital funds, those organizations differed from PAHO in that they had the capacity for internal borrowing, which he did not consider a good management practice. A fund equivalent to three months' operating expenses was not a huge amount; it was a reasonable cushion against uncertainty. Having an adequate Working Capital Fund was a matter of prudence, since no one could predict the future in terms of financial stability. In the past year, for example, interest rates had plummeted, having a devastating effect on the Organization's projected income. By the time the Executive Committee met in June 2003, the reasons for having a larger buffer would no doubt be even more cogent. In the interim, the Secretariat would provide Member States with more information on what had happened when the Organization had been close to the financial brink.

The Executive Committee decided to reexamine the issue of the Working Capital Fund at its 132nd Session in 2003 (Decision CE130(D5)).

PAHO Buildings and Facilities (Document CE130/25, Rev. 1)

Dr. Richard Marks (Chief, Department of General Services, PAHO) reported that the PAHO Headquarters building renovation project had been completed essentially on schedule and slightly under the allotted budget of \$13 million. The building had been thoroughly modernized, virtually all asbestos-containing materials had been removed, and a number of modifications had been made to bring the building into compliance with United States laws on access for persons with disabilities. New ergonomically designed work stations and amenities, such as coffee-break areas and conference rooms, had improved working conditions for staff. With the project's completion, the Building Fund ceiling would return to its normal level of \$500,000.

The Secretariat was now requesting the Committee's approval for a new project to be financed from the Building Fund. That project would repair and replace sections of the concrete floors in the basement and sub-basement, which had been damaged by water and were showing signs of severe wear and tear. The amount requested for the project was \$220,000.

The Committee adopted Resolution CE130.R11, approving the proposed project.

Personnel Matters

Amendments to the PASB Staff Rules (Document CE130/26)

Mr. Philip MacMillan (Chief, Department of Personnel, PAHO) summarized the amendments that had been made to the Staff Rules and Regulations of the Pan American Sanitary Bureau since the Committee's 128th Session in 2001. Those amendments were consistent with the revisions already adopted by the WHO Executive Board at its 108th and 109th sessions. Resolution CE59.R19, adopted by the Executive Committee at its 59th Session in 1968, requested the Director to introduce any necessary changes to maintain close similarity between the Staff Rules of PASB and those of WHO.

Staff Rule 330.2 amended the salary scale for staff in the professional and higher-graded categories, on a no-gain, no-loss basis, in accordance with the adjustments approved by the United Nations General Assembly. As a result of that change, the salaries of the Assistant Director, Deputy Director, and Director also had to be modified. The Executive Committee was asked to approve the resulting salary changes for the posts of Assistant Director and Deputy Director and to recommend that the 26th Pan American Sanitary Conference approve the applicable revision to the Director's salary.

Staff Rule 110.7 clarified the requirements regarding staff disclosure of interests that might conflict with those of the Organization. Staff Rules 350.1 and 350.2.2 related to boarding costs for eligible children of internationally recruited staff who were entitled to an education grant. Staff Rule 530 dealt with staff supervision and performance evaluation and had been amended to reflect the introduction of PAHO's new performance appraisal system.

The remaining amendments to the Staff Rules and Regulations were related to changes in contractual arrangements approved by the WHO Executive Board in January 2002. Those changes could be divided into three general categories. One category pertained to the discontinuation of career service appointments and the establishment of three types of contracts: temporary appointments (11 months or less), fixed-term appointments (1–5 years), and service appointments (no fixed time limit, but the appointment would continue only as long as the functions were required and the staff member's performance was satisfactory). A second category included changes in the duration of temporary appointments and benefits for staff hired under a term-limited appointment. The third category had to do with separation procedures for staff whose posts were abolished.

Document CE130/26 contained the text of the amendments to the Staff Rules and Regulations, together with a more detailed explanation of each change. The Executive Committee was asked to confirm those amendments.

The Delegate of the United States of America noted that, while some of the changes were constructive because they placed higher priority on merit and performance, some would have cost implications. Her delegation was aware that it was PAHO's policy to amend its Staff Rules to bring them into conformity with changes approved by the WHO Executive Board; however, at the Director's discretion, PAHO might opt not to implement some of the changes. In any case, the United States hoped that the Secretariat would apply the amendments very carefully to ensure that they did not add a significant new financial burden.

Mr. MacMillan assured the Committee that the Secretariat would see that the Staff Rules were interpreted and applied properly, taking care to avoid any major cost increases. Overall, he believed that the changes were positive, precisely because they did place more emphasis on performance and on assuring that staff performed at the high level expected by the Organization's Member States.

The Committee adopted Resolution CE130.R12, confirming the amendments to the Staff Rules and Regulations, establishing the salaries of the Assistant Director and Deputy Director, and recommending that the 26th Pan American Sanitary Conference confirm the change in the Director's salary.

Statement by the Representative of the PASB Staff Association (Document CE130/27)

Mrs. Brenda Simons Gilliam (President, PASB Staff Association) thanked the Committee for allowing the Staff Association the opportunity to present some of its concerns in relation to the changes in the Staff Rules and other matters affecting working conditions for the Organization's personnel. Some of the Staff Rules changes were good. The extension of health care coverage to temporary staff, in particular was welcome. Indeed, there could be no justification for a health organization not to provide health insurance for all its employees.

However, the Staff Association objected strenuously to other changes. For example, the change in the procedure for abolishment of posts and reduction in force (RIF) would greatly diminish staff job security. To protect the acquired rights of current staff, the Association felt that the procedure should not be changed or, if the amendments approved by WHO were adopted, the new procedure should apply only to staff hired after the effective date of the change. In addition, the Association was concerned that tasks performed by staff whose posts were abolished might be reassigned to current staff who were already overburdened. It wished to emphasize that posts should be abolished only if the functions associated with that post were no longer necessary.

The Staff Association was also troubled by the impact that the changes in Staff Rule 530 might have on PAHO's performance appraisal system, which had been

designed with staff input and was tailored specifically to the requirements of PAHO. The Association urged the Secretariat to adopt only those aspects of the WHO performance evaluation system that responded to the needs of PAHO and its staff.

The Staff Association continued to maintain that any human resource reforms introduced within WHO and PAHO should be the product of a collective bargaining process that provided for good faith negotiation by staff and management. The Association therefore proposed that a joint staff-management committee be designated within PAHO to study the issue and formulate a proposal to be submitted at the next meeting of the WHO Global Staff-Management Council.

Additionally, the Staff Association was concerned about the problem of harassment, which existed at PAHO to varying degrees. A policy like the one implemented at WHO was needed, as was training for both supervisory and non-supervisory staff on what constituted harassment and how to deal with it. Security for field staff was another matter requiring attention. The Staff Association felt that, when field offices were moved, staff safety should be a paramount consideration, since human resources were the Organization's most important resource. The Association also requested the development of a security plan to protect nationally recruited staff and their families in the event of natural disasters, political upheaval, or other dangerous conditions.

Other issues of concern included career development opportunities for staff and the erosion of pensions for general services staff due to currency devaluation. The Staff Association enjoyed an amicable and courteous relationship with the Administration and looked forward to continued dialogue to address those and other issues raised in Document CE130/27.

In the discussion that ensued, various delegates pointed out that, ideally, the Committee would have heard the statement by the Staff Association representative before it was asked to consider the amendments to the Staff Rules. As the resolution confirming those amendments had already been adopted, there was little the Committee could do with respect to the issues broached in the presentation. The Committee also pointed out that some of the problems cited by Ms. Simons Gilliam—notably that of harassment—had not been discussed in the document and suggested that future documents should include all the matters which the Staff Association wished the Committee to consider.

The Delegate of Jamaica noted that her country had been mentioned as one of the countries in which the PAHO field office had been relocated. The office now occupied the same building as the Ministry of Health. Since the building had 24-hour security services and access was tightly controlled, she felt certain that the PAHO staff were being adequately protected.

In response, Ms. Simons Gilliam said that it was customary to have the Staff Association representative address the Committee after the Chief of Personnel. She had been unaware, however, that the Committee would have already adopted a resolution on the Staff Rules prior to her presentation. As for the issue of harassment, it had not been included in Document CE130/27 because the Staff Association had requested that she mention it in her statement after the document had gone to press.

The Director said that it simply had not occurred to him to reverse the traditional order of the items on the Committee's agenda and have the Staff Association representative precede the Chief of Personnel. However, even if she had spoken first, it would have been impossible to accede to some of the Association's requests. The changes to the Staff Rules had already been approved by the WHO Executive Board, and PAHO had no choice but to implement them, since some PAHO posts were funded by WHO. It was just not managerially feasible to apply different rules to staff in PAHO-funded posts. With respect to the Staff Association's concerns about abolishment of posts, he pledged that posts would be eliminated only if the functions were no longer necessary. Post abolishment would never be used as a means of dealing with unsatisfactory staff performance, which was a separate issue entirely.

As concerned the evaluation of staff performance, PAHO would not automatically adopt all aspects of the WHO system. In many respects, PAHO's performance appraisal system was more advanced, and, in fact, WHO had copied many of the good points of the PAHO system. That system was based on agreement between supervisors and those they supervised on the tasks to be carried out. The evaluation was not judgmental, nor was it intended to be a mechanism for castigating staff. Rather, it was designed to reveal whether a person had performed as agreed.

With regard to staff security, he assured the Committee that PAHO was very attentive to the safety of its field staff, and almost every move to new premises had been made precisely to enhance security and working conditions for staff. As for the security of national staff, PAHO was obliged to follow the United Nations field security handbook. Nevertheless, because the Organization was deeply concerned about the safety and well-being of all its staff, in some cases it had put in place procedures that went beyond the United Nations regulations, such as transportation for nationally recruited staff. He truly did not believe that national staff were at any disadvantage with respect to other staff in terms of security protection.

As for the issue of harassment, he would not want the Committee to be left with the impression that harassment was a major problem at PAHO. Still, a policy on the subject was under discussion with the Staff Association, and a policy on sexual harassment had already been adopted several years earlier. In regard to career development, while PAHO did not have a "career ladder," per se, it had provided career

development opportunities that had enabled a number of staff members to advance within the Organization. He was a strong proponent of PAHO's staff development program, even though some staff who benefited from the program might later leave the Organization because the possibilities for career advancement were necessarily limited.

Because of the conditions of service in the United Nations system, PAHO could not consider adopting the kind of collective bargaining system normal utilized in the private sector. However, he would be happy to set up a committee to look at the ILO's experience with collective bargaining and assess whether it would be advantageous for PAHO to develop a similar system. He had long said that he would always defend the staff's right to free association and their right to express their views, as long as the relationship between himself and the Staff Association was characterized by mutual respect and understanding. He was pleased that that had been the case for all eight years of his directorship.

The Executive Committee thanked the staff of the Organization for their hard work and dedication and expressed the conviction that the good will that existed on both sides would enable the Staff Association and the Administration to arrive at a satisfactory resolution of the issues raised in the presentation. The Committee took note of the report, but did not consider it necessary to adopt a resolution on this item (Decision CE130(D7)).

General Information Matters

Resolutions and other Actions of the Fifty-fifth World Health Assembly of Interest to the PAHO Executive Committee (Document CE130/28)

The Deputy Director summarized key aspects of 19 resolutions adopted by the Fifty-fifth World Health Assembly (May 2002) that the Secretariat considered to be of particular relevance to the Region of the Americas.

The first resolution adopted by the Assembly congratulated PAHO on its centennial. Dr. Brandling-Bennett drew the Committee's attention to the resolutions that dealt with mental health (responding to the call for action); health and sustainable development; the contribution of WHO to the follow-up of the United Nations General Assembly special session on HIV/AIDS; protection of medical missions during armed conflict; ensuring access to essential medicines; smallpox eradication (destruction of *Variola* virus stocks); global public health response to natural occurrence, accidental release, or deliberate use of biological and chemical agents or radionuclear material that affect health; dengue fever and dengue hemorrhagic fever prevention and control; quality of care (patient safety); WHO's contribution to the achievement of the development goals of the United Nations Millennium Declaration; diet, physical activity, and health; infant

and young child nutrition; financial report on the accounts of WHO for 2000-2001; members in arrears to an extent which would justify invoking Article 7 of the Constitution; arrears in payment of contributions (Dominican Republic); salaries of staff in ungraded posts and of the Director-General; amendments to the Staff Regulations; and the need for increased representation of developing countries in the Secretariat and in Expert Panels and Advisory Committees.

In addition, he reported that Chile's National Program of Integrated Dental Care for Poor Working Women had been awarded the Sasakawa Health Prize. He extended PAHO's congratulations to that program. The United States of America had been elected to designate a member to the Executive Board, which had held its 110th Session immediately after the Assembly. Dr. Clarice Modeste-Curwen, Minister of Health of Grenada, had been elected Vice-President of the Executive Board.

The Committee took note of the report but did not consider it necessary to adopt a resolution on this item (Decision CD130(D8)).

Other Matters

The Delegate of El Salvador called attention to the growing seriousness of the dengue situation in his country. Some 7,400 cases had been diagnosed and 7 children had died from the disease. He requested continued support from PAHO and urged the countries of the Central American subregion to join forces in combating the disease, in keeping with Resolution CD43.R4, adopted the previous year by the Directing Council, which called for a coordinated response.

The Director said that PAHO would do everything possible to encourage a regional approach to dengue, which was unquestionably a problem that transcended national borders. The Organization advocated an intersectoral approach that emphasized health promotion, health education and communication, and community participation aimed at controlling the vector, *Aedes aegypti*, in order to prevent epidemics from occurring, rather than reacting to them after they occurred. To that end, the Secretariat had recently added a staff member with expertise in communications and, following the Directing Council in 2001, he had written to the ministers of health of all the Member States, encouraging them to make common cause with ministers of education in the fight against dengue.

Award Presentation by the World Veterinary Epidemiology Society

The President introduced Dr. James H. Steele, who presented an award to Dr. George Alleyne on behalf of the World Veterinary Epidemiology Society. Dr. Steele was a Doctor of Veterinary Medicine who also held a Master of Public Health degree. He had enjoyed a long and distinguished career in veterinary public health. Among his many accomplishments, he had established the Veterinary Public Health Division of the Centers for Disease Control and Prevention of the United States and been instrumental in launching veterinary public health activities within WHO and FAO. Dr. Steele continued to serve as a consultant to numerous national and international agencies, including PAHO and WHO. At present, he was professor emeritus at the University of Texas School of Public Health and served as a consultant to the Institute of Food Science and Engineering at Texas A & M University, where his work focused on food industry hygiene and control of foodborne diseases.

Dr. Steele recalled that his first introduction to PAHO had come in 1945, when he had been asked to evaluate some veterinary public health problems in the Caribbean. At that time, he had recommended that the Organization establish a veterinary public health program, and it was indeed gratifying to see that, almost 50 years later, that program was thriving. Carrying on the tradition begun by Dr. Fred Soper, Sir George Alleyne had helped make PAHO's program a model for the world in international collaboration between agriculture and public health and between veterinary and human medicine. The World Veterinary Epidemiology Society had honored him by creating the James H. Steele Award, and he was immensely pleased to present the award to Dr. Alleyne for his distinguished service and contribution to the progress of veterinary public health.

The Director was deeply honored to receive the award personally from Dr. Steele, who was an icon of public health and a true legend in his time and for all time. He accepted the award not only in his own name but on behalf of all those dedicated professionals at PAHO and elsewhere in the Region who had labored long and hard in the field of veterinary public health. Dr. Steele represented the very soul of intersectoral work. If those who followed in his footsteps accomplished a fraction of what he had done to ensure the indivisibility of veterinary and human medicine, they could feel very proud indeed. On behalf of the entire Pan American Health Organization, he wished to thank Dr. Steele for the invaluable contribution he had made to the peoples of the Americas through his devotion to veterinary public health.

Closing of the Session

The Director expressed his appreciation to the Members and Observers for their active participation and keen attention to the work of the Committee. He also thanked the President for the skillful manner in which he had conducted the session.

Dr. Ramsammy's efficiency had enabled the Committee to accomplish a great deal in only a few days. The Committee could feel proud of the resolutions it had crafted. Its attention to detail and the consensus achieved in regard to the content of those resolutions would greatly facilitate the work of the Pan American Sanitary Conference in September.

The President said that Guyana had been honored and privileged to serve as President of the Executive Committee. He felt the session had been very productive, and he thanked the participants for their constructive contributions to the Committee's deliberations. He expressed his gratitude to the Director, the Deputy Director, and all PAHO staff who had provided support for the meetings and then declared the 130th Session of the Executive Committee closed.

Resolutions and Decisions

The following are the resolutions adopted and decisions taken by the Executive Committee at its 130th Session:

Resolutions

CE130.R1: Strategic Plan for the Pan American Sanitary Bureau, 2003-2007

THE 130th SESSION OF THE EXECUTIVE COMMITTEE,

Having considered the Strategic Plan for the Pan American Sanitary Bureau, 2003-2007 (Document CE130/12);

Noting with satisfaction the changes in the planning process and as a result the new emphasis on addressing critical organization wide issues in order to achieve the priorities of technical cooperation, and

Anticipating that the Secretariat will take into consideration the comments of the Executive Committee in the finalization of the Plan,

RESOLVES:

To recommend to the Pan American Sanitary Conference the adoption of a resolution along the following lines:

THE 26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having reviewed the Strategic Plan for the Pan American Sanitary Bureau, 2003-2007 (Document CSP26/10);

Mindful of the constitutional function of the Pan American Sanitary Conference in determining the general policies of the Organization; and

Recognizing the need of the Bureau to channel its efforts and resources towards the collective regional health priorities in order to help ensure that all the peoples of the Region enjoy optimal health,

RESOLVES:

1. To approve the Strategic Plan for the Pan American Sanitary Bureau, 2003-2007.
2. To request the Director to:
 - (a) take into consideration the Strategic Plan and the human resource requirements for its execution in the development of the biennial program budgets during the period 2003-2007;
 - (b) monitor and evaluate the extent to which the objectives of the Strategic Plan are achieved;
 - (c) widely disseminate the document "Strategic Plan for the Pan American Sanitary Bureau, 2003-2007".

(Fifth meeting, 26 June 2002)

CE130.R2: Provisional Draft of the Program Budget of the World Health Organization for the Region of the Americas for the Financial Period 2004-2005

THE 130th SESSION OF THE EXECUTIVE COMMITTEE,

Having considered Document CE130/8, which contains a tentative request to the World Health Organization for \$72,491,000, without cost increases, for the Region of the Americas for the financial period 2004-2005,

RESOLVES:

To recommend to the 26th Pan American Sanitary Conference, 54th Meeting of the Regional Committee of WHO for the Americas, the adoption of a resolution along the following lines:

THE 26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered Document CSP26/6 and the tentative request to the World Health Organization for \$72,491,000, without cost increases, for the Region of the Americas for the financial period 2004-2005; and

Noting the recommendation of the Executive Committee,

RESOLVES:

To request the Director to transmit to the Director-General of WHO the request for \$72,491,000, without cost increases, for the Region of the Americas for the financial period 2004-2005, for consideration by the WHO Executive Board and the World Health Assembly in 2003.

(Fifth meeting, 26 June 2002)

CE130.R3: Collection of Quota Contributions

THE 130th SESSION OF THE EXECUTIVE COMMITTEE,

Having considered the report of the Director on the collection of quota contributions (Document CE130/22 and Add. I), and the report provided on Member States in arrears in the payment of their quota contributions to the extent that they can be subject to the application of Article 6.B of the Constitution of the Pan American Health Organization;

Noting the provisions of Article 6.B of the PAHO Constitution relating to the suspension of voting privileges of Member States that fail to meet their financial obligations and the potential application of these provisions to those Member States that are not in compliance with their approved deferred payment plan; and

Noting with concern that there are 24 Member States that have not made any payments towards their 2002 quota assessments and that the amount collected for 2002 assessments represents only 33% of the total current year assessments,

RESOLVES:

1. To take note of the report of the Director on the collection of quota contributions (Document CE130/22 and Add. I).
2. To thank the Member States that have already made payments for 2002 and to urge the other Member States to pay all their outstanding contributions as soon as possible.
3. To recommend to the 26th Pan American Sanitary Conference that the voting restrictions contained in Article 6.B of the PAHO Constitution be strictly applied to those Member States that have not made sufficient payments toward their quota commitments by the opening session and to those that have failed to make the scheduled payments in accordance with their deferred payment plans.
4. To request the Director to continue to inform the Member States of any balances due and to report to the 26th Pan American Sanitary Conference on the status of the collection of quota contributions.

(Fifth meeting, 26 June 2002)

CE130.R4: PAHO Financial Regulations Proposed Revision to the Financial Regulations

THE 130th SESSION OF THE EXECUTIVE COMMITTEE,

Having considered the Director's presentation on the revisions proposed to the Financial Regulations in Document CE130/23; and

Taking into consideration that the revisions will provide greater conformity with the Financial Regulations of the World Health Organization as approved by the World Health Assembly (Resolution WHA53.6) and will bring the PAHO Financial Regulations into compliance with the United Nations system accounting standards,

RESOLVES:

To recommend to the Pan American Sanitary Conference the adoption of a resolution along the following lines:

THE 26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered the recommendation of the Executive Committee and the proposed revisions to the Financial Regulations as they appear in Annex 2 of Document CSP26/19; and

Taking into consideration that the revisions to the Regulations will, to the extent practical and possible, provide conformity between the Financial Regulations of the World Health Organization and the Pan American Health Organization, and bring the PAHO Financial Regulations into compliance with the United Nations system accounting standards,

RESOLVES:

To approve the revisions to the Financial Regulations of the Pan American Health Organization as they appear in Annex 2 of Document CSP26/19.

(Fifth meeting, 26 June 2002)

CE130.R5: Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for 2000-2001

THE 130th SESSION OF THE EXECUTIVE COMMITTEE,

Having examined the Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for 2000-2001 (*Official Document 305*),

RESOLVES:

1. To transmit the Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for 2000-2001 (*Official Document 305*) to the 26th Pan American Sanitary Conference.
2. To note that the financial statements for the 2000-2001 biennium are presented in accordance with the United Nations System Accounting Standards, with resulting improvement in the disclosure and clarity of the statements.
3. To commend the Organization on its efforts to monitor and strengthen the financial positions of the Caribbean Epidemiology Center, the Caribbean Food and Nutrition Institute, and the Institute of Nutrition of Central America and Panama,

including additional sources of support, and encouraging further joint efforts to develop and implement strategies for improving their financial positions.

4. To congratulate the Director on his successful efforts to maintain a sound financial position for the Organization.

(Fifth meeting, 26 June 2002)

CE130.R6: Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in the Americas

THE 130th SESSION OF THE EXECUTIVE COMMITTEE,

Having seen Document CE130/9 "Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in the Americas,"

RESOLVES:

To recommend that the Pan American Sanitary Conference adopt a resolution along the following lines:

THE 26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Recalling Resolution CD32.R12, which requested the Director to provide annual reports on the situation of HIV/AIDS in the Region;

Having seen Document CSP26/7 "Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in the Americas";

Recognizing that the HIV/AIDS epidemic constitutes a global and regional emergency with far-reaching effects, whose impact on the countries of the Americas can and should be reduced through heightened political, technical, and financial efforts; and

Aware of the opportunities for strengthening national responses to the epidemic offered by the goals of the Declaration of the 26th United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS (June 2001); the creation of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria; the shared agenda of the Pan American Health Organization, the Inter-American Development Bank, and the World Bank; the advances made in developing subregional and intercountry strategic plans and partnerships, and the rapid progress of the WHO and UNAIDS initiative on accelerated access to antiretroviral drugs in the countries of the Region, as well as WHO's Global Health-Sector Strategy,

RESOLVES:

1. To urge the Member States to:
 - (a) make the greatest effort to meet the goals of the United Nations Declaration on HIV/AIDS, especially those aimed at preventing HIV infection; providing care, support, and treatment to people living with HIV/AIDS; and reducing the stigma and social exclusion associated with the epidemic;
 - (b) continue to promote and facilitate subregional and intercountry cooperation, forging strategic partnerships that utilize technical and financing agencies and appropriate economic and political forums that can broaden the national and regional response to the HIV/AIDS/STI epidemic in the Americas;
 - (c) explore national and regional options to lower the cost of antiretroviral drugs and other public health supplies linked with the fight against HIV/AIDS.
2. To request the Director to:
 - (a) strengthen institutional capacity and response to meet the challenges posed by the HIV/AIDS epidemic in the Americas, specifically in regard to the prevention of HIV infection and STIs and the care and treatment of people living with HIV/AIDS;
 - (b) develop a regional strategic framework that supports and strengthens technical cooperation with the Member States and promotes better utilization of new global and regional opportunities, such as the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria; the initiative for accelerated access to antiretroviral drugs; the Global Health-Sector Strategy; and subregional cooperation among countries, within the framework of the interagency collaboration promoted by the United Nations.
3. To thank the Director for the comprehensive annual reports he has presented in compliance with Resolution CD32.R12 adopted by the Directing Council in 1987, and request that he report to the Governing Bodies in the future only when he considers there are significant developments in HIV/AIDS in the Region or in approaches to prevention or control of HIV/AIDS.

(Fifth meeting, 26 June 2002)

CE130.R7: Vaccines and Immunization

THE 130th SESSION OF THE EXECUTIVE COMMITTEE,

Having analyzed the progress report of the Director on vaccines and immunization (Document CE130/10),

RESOLVES:

To recommend that the Pan American Sanitary Conference adopt a resolution along the following lines:

THE 26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered the report of the Director on vaccines and immunization (Document CSP26/8) and taking note of the Region's leadership in the area of vaccines and immunization, and the critical contribution of immunization to the progress of child survival initiatives;

Recognizing the progress being made in the Americas towards the interruption of indigenous transmission of measles, but cognizant of the fact that the Region is under constant threat of importations, which can lead to extensive measles outbreaks if coverage levels are inadequate;

Taking note of the remarkable commitment of health and government authorities of the island of Hispaniola to control successfully the Sabin type 1 vaccine-derived poliomyelitis and measles outbreaks in 2001;

Acknowledging the need to achieve uniform vaccination coverage in all municipalities and to improve the quality of vaccination and surveillance data;

Considering the important advances being made by Member States in accelerating the control of rubella and the prevention of congenital rubella syndrome (CRS), to achieve a more rapid decrease of rubella cases and infants born with CRS;

Noting that while yellow fever transmission in enzootic areas has recently decreased as a result of intensive vaccination, there is evidence of its circulation in non-enzootic areas and widespread distribution of *Aedes aegypti*, the urban vector of the disease; and

Aware of the potential use of smallpox virus as a bioterrorism weapon,

RESOLVES:

1. To urge Member States to:
 - (a) allocate adequate resources to finance all aspects of national immunization programs, to ensure the sustainable achievement of at least 95% vaccination coverage with all antigens in all municipalities, the realization of the goal of interruption of indigenous measles transmission, the maintenance of poliomyelitis eradication, and the inclusion of new vaccines and initiatives of public health importance;
 - (b) undertake accelerated control of rubella and congenital rubella syndrome prevention initiatives and continue improving epidemiological surveillance of rubella and CRS, as well as laboratory diagnosis and investigation procedures;
 - (c) remain vigilant of the yellow fever situation using sensitive surveillance systems, particularly in enzootic areas and areas infested with *Aedes aegypti*, and to sustain high vaccination coverage in high-risk areas to prevent the occurrence of jungle cases and urbanization of the disease;
 - (d) strengthen national regulatory authorities and national control laboratories to ensure that vaccines of quality, either imported or locally produced and approved by competent authorities, are used in national immunization programs and the private sector;
 - (e) consider that any outbreak of smallpox is a threat to the Region and to the world, promptly report any suspect cases that may occur, and be prepared to provide the necessary emergency assistance, including vaccines, to contain the outbreak as rapidly as possible.
2. To request the Director to:
 - (a) advocate for the active mobilization of national and international resources to reach the goal of interruption of indigenous measles transmission;
 - (b) encourage the collaboration among vaccine-producing countries in the Americas to support the joint development of vaccines;
 - (c) explore, together with The World Bank, the Inter-American Development Bank, and other partners, financing mechanisms that complement the PAHO Revolving Fund for Vaccine Procurement, with a view to ensuring the uninterrupted supply of vaccines to the Member States.

(Seventh meeting, 27 June 2002)

CE130.R8: Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)

THE 130th SESSION OF THE EXECUTIVE COMMITTEE,

Having analyzed Document CE130/13, "Integrated Management of Childhood Illness (IMCI),"

RESOLVES:

To recommend that the Pan American Sanitary Conference adopt a resolution along the following lines:

THE 26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered Document CSP26/11 and the findings presented on the progress made in the implementation of the Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) strategy in the Region of the Americas; and

Bearing in mind the progress made in the Healthy Children: Goal 2002 Initiative, which has helped to sustain and accelerate the reduction in child mortality, particularly from the causes targeted by the IMCI strategy,

RESOLVES:

1. To adopt the approach and operationalization contained in Document CSP26/11 for the implementation of the IMCI strategy.
2. To underscore the importance of expanding the IMCI strategy by incorporating new components that will make it possible to improve the problem-solving capability of health workers at the first level of care.
3. To urge the Member States to:
 - (a) continue to strengthen support for the IMCI strategy and its expansion and coordination with other programs and actors in health, with a view to sustaining and accelerating the reduction in child mortality, and to advance toward universal access by the population to the basic quality of care standard offered by the strategy;
 - (b) hasten effective integration of the IMCI strategy into undergraduate and graduate programs in the health disciplines and its application by graduates;

- (c) strengthen and promote effective mechanisms for the collection, consolidation, and analysis of data that will permit the monitoring and evaluation of health actions targeting infants and children;
 - (d) strengthen the number and diversity of human health resources to deal effectively with ill children and the causes of illness.
4. To request the Director to continue supporting implementation of the IMCI strategy in terms of expanding it to other countries and increasing coverage in the countries that have already adopted it.

(Seventh meeting, 27 June 2002)

CE130.R9: Extension of Social Protection in Health: Joint Initiative of the Pan American Health Organization and the International Labour Organization

THE 130th SESSION OF THE EXECUTIVE COMMITTEE,

Having seen Document CE130/14, Extension of Social Protection in Health: Joint Initiative of the Pan American Health Organization and the International Labour Organization,

RESOLVES:

To recommend the adoption of a resolution along the following lines:

THE 26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having seen Document CSP26/12, Extension of Social Protection in Health: Joint Initiative of the Pan American Health Organization and the International Labour Organization;

Mindful that the Pan American Health Organization and the International Labour Organization have launched a joint initiative aimed at reducing exclusion in health through the extension of social protection in health;

Having noted the respective Memorandum of Understanding signed between the two organizations;

Having noted the different activities carried out under these arrangements to extend social protection in health in the Region;

Considering that the levels of exclusion in health remain high in the Hemisphere, notwithstanding the efforts and resources invested to improve the situation, which is deteriorating with the growth of the informal economy and the rising levels of poverty, and that innovative criteria must be used in addressing this problem; and

Bearing in mind the importance of redoubling national and hemispheric efforts to guarantee equitable access to health services within the framework of the goal of Health for All, regardless of the ability to pay,

RESOLVES:

1. To urge the Member States to:
 - (a) extend social protection in health;
 - (b) promote processes of social dialogue that will permit the definition of national objectives and strategies in this field;
 - (c) include the extension of social protection in health as a guiding element in their sectoral reform processes.
2. To request the Directors of the PASB and ILO to:
 - (a) widely disseminate in the countries of the Region the conceptual and methodological documentation characterizing exclusion in health and how to combat it through the extension of social protection in health;
 - (b) work with the Member States to promote a social dialogue on this issue, analysis and discussion of how to address it in the countries, and regional cooperation mechanisms in support of these processes;
 - (c) help the countries design models for developing strategies to extend social protection in health;
 - (d) continue to promote the extension of social protection in health as a line of work in their cooperation activities in the Region.

(Seventh meeting, 27 June 2002)

CE130.R10: Regional Strategy for Maternal Mortality and Morbidity Reduction

THE 130th SESSION OF THE EXECUTIVE COMMITTEE,

Having considered Document CE130/16, "Regional Strategy for Maternal Mortality and Morbidity Reduction,"

RESOLVES:

To recommend to the Pan American Sanitary Conference the adoption of a resolution along the following lines:

THE 26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered Document CSP26/14, "Regional Strategy for Maternal Mortality and Morbidity Reduction";

Being aware of the unnecessarily high death rate of women as a result of complications from pregnancy and childbirth; and

Taking into account that research results and practical experience have demonstrated that specific interventions, such as Essential Obstetric Care (EOC) and Skilled Attendance at Birth, can reduce the incidence and severity of major complications associated with pregnancy, childbirth, and the postpartum period for mothers and their newborns,

RESOLVES:

1. To urge the Member States to:
 - (a) adopt the Millennium Summit Declaration goal of reduction of maternal mortality ratios by 75%, from 1990 levels, by the year 2015 as well as improving the intracountry ratios, especially urban-rural disparities;
 - (b) endorse and support evidence-based interventions, such as Essential Obstetric Care and Skilled Attendance at Birth, to reduce maternal mortality;
 - (c) adhere to guidelines issued jointly in 1997 by the World Health Organization, the United Nations Children's Fund, and the United Nations Fund for Population Activities, recommending that for every 500,000 people there be four facilities offering basic EOC and one facility offering comprehensive EOC;

- (d) endorse and support evidence-based health promotion interventions so that women, families, and communities can plan for obstetric complications, identify problems early, and respond appropriately;
 - (e) develop key partnerships between local and national governments, health services, professional associations, women's organizations, and other nongovernmental organizations, in order to enhance efforts to reduce maternal mortality, in addition to ensuring interagency collaboration when promoting and implementing maternal mortality reduction strategies.
2. To request the Director to:
- (a) support in establishing and implementing mechanisms to strengthen information and surveillance systems for monitoring progress in the reduction of maternal mortality;
 - (b) develop mechanisms to assist Member States to make a long-term commitment, both political and programmatic, including financial support within available resources, to implement updated safe motherhood interventions and maternal mortality reduction strategies.

(Seventh meeting, 27 June 2002)

CE130.R11: PAHO Buildings and Facilities

THE 130th SESSION OF THE EXECUTIVE COMMITTEE,

Having reviewed Document CE130/25, which reports on actions taken by the Secretariat in relation to an approved project financed by the PAHO Building Fund and describes an additional project requirement,

RESOLVES:

To approve the project for repair of concrete slabs in the headquarters building garage for an estimated cost of \$220,000.

(Seventh meeting, 27 June 2002)

CE130.R12: Amendments to the Pan American Sanitary Bureau Staff Rules

THE 130th SESSION OF THE EXECUTIVE COMMITTEE,

Having considered the amendments to the Staff Rules of the Pan American Sanitary Bureau (PASB) submitted by the Director in Annex to Document CE130/26;

Taking into account the actions of the Fifty-fifth World Health Assembly relating to the remuneration of the Regional Directors, Senior Advisors, and the Director-General;

Bearing in mind the provisions of Staff Rule 020 and Staff Regulation 3.1 of the PASB and Resolution CD20.R20 of the 20th Directing Council; and

Recognizing the need for uniformity of conditions of employment of PASB and WHO staff,

RESOLVES:

1. To confirm, in accordance with Staff Rule 020, the amendments to Staff Rule 330.2 that have been made by the Director, with effect from 1 March 2002, concerning the salary scale applicable to staff in the professional and higher categories.
2. To establish, effective 1 March 2002:
 - (a) The net salary of the Deputy Director at \$108,379 per annum at dependency rate and \$98,141 per annum at single rate;
 - (b) The net salary of the Assistant Director at \$107,379 per annum at dependency rate and \$97,141 per annum at single rate.
3. To confirm, in accordance with Staff Rule 020, the amendments to the Staff Rules, which have been made by the Director, as follows:
 - (a) to Staff Rule 110.7, with effect from 1 June 2001, in respect of standards of conduct;
 - (b) to Staff Rules 350.1 and 350.2.2, with effect from the school year in progress on 1 January 2001, in respect of education grant entitlements;
 - (c) to Staff Rule 530, with effect from 1 January 2002, in respect of the Supervision and Performance Evaluation System;

- (d) to the applicable Staff Rules, with effect from 1 July 2002, in respect of contractual reform.
- 4. To recommend to the 26th Pan American Sanitary Conference to:
 - (a) note the amendments to the Staff Rules made by the Director and confirmed by the Executive Committee at its 130th Session concerning, inter alia, standards of conduct, education grant entitlements, performance management, and contractual reform;
 - (b) confirm the annual salary of the Director at \$118,165 per annum at dependency rate and \$106,342 per annum at single rate, effective 1 March 2002;
 - (c) approve the amendment to Staff Regulation 4.5 to reflect the implementation of new contractual mechanisms, effective 1 July 2002.

(Seventh meeting, 27 June 2002)

CE130.R13: Public Health Response to Chronic Diseases

THE 130th SESSION OF THE EXECUTIVE COMMITTEE,

Having considered the report of the Director on public health response to chronic diseases (Document CE130/17),

RESOLVES:

To recommend to the Pan American Sanitary Conference the adoption of a resolution along the following lines:

THE 26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered the report of the Director on public health response to chronic diseases (Document CSP26/15);

Recalling Resolution CD42.R9 on cardiovascular diseases, with an emphasis on hypertension, which endorses an integrated approach to the prevention of cardiovascular diseases through the Actions for the Multifactorial Reduction of Noncommunicable Diseases (CARMEN) initiative; and noting that CARMEN represents an avenue for integrating risk factors and diseases;

Noting that chronic noncommunicable diseases contribute to 70% of deaths in the Region of the Americas, and that more than half of premature mortality under the age of 70 years is attributed to chronic noncommunicable diseases; and

Alarmed by the increasing cost of noncommunicable diseases to society as a consequence of rapid demographic and epidemiological changes,

RESOLVES:

1. To urge the Member States to:
 - (a) make efforts to document the burden of chronic diseases and their risk factors;
 - (b) endorse the CARMEN initiative as one of the main strategies for integrated prevention of chronic diseases;
 - (c) incorporate models of care for chronic conditions in order to improve quality of care and to increase the capacity of primary care to respond to the needs of the population.
2. To request the Director to:
 - (a) provide technical cooperation to Member States in developing an integrated approach to noncommunicable diseases, based on the CARMEN initiative;
 - (b) support Members States to develop and improve surveillance of noncommunicable diseases and their risk factors;
 - (c) support and encourage operational research on the effective implementation of programs to prevent noncommunicable diseases and reduce their impact;
 - (d) coordinate with other organizations of the United Nations system, country-based institutions, and nongovernmental organizations to support the prevention and control of chronic diseases.

(Seventh meeting, 27 June 2002)

CE130.R14: Women, Health, and Development

THE 130th SESSION OF THE EXECUTIVE COMMITTEE,

Having reviewed the report of the Director on women, health, and development (Document CE130/18),

RESOLVES:

To recommend to the Pan American Sanitary Conference the adoption of a resolution along the following lines:

THE 26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered the report of the Director on women, health, and development (Document CSP26/16);

Taking into account the inadequacies of current information and surveillance systems for documenting the health situation and trends in women's health and the existing gender inequities in health;

Being aware that policies for reducing gender inequities require information for their formulation and evaluation; and

Bearing in mind the ongoing initiatives of other agencies of the United Nations system,

RESOLVES:

1. To urge Member States to:
 - (a) assign a high priority to establishing and financing information systems on gender differences in health and development; and to the collection, processing, and presentation of health information disaggregated by sex;
 - (b) promote the participation of users and producers, from both government and civil society, in gender and health issues.
2. To request the Director to:
 - (a) stimulate and support the production, dissemination, and analysis of data disaggregated by sex;

- (b) support the periodic production of statistical bulletins and health profiles on gender, health, and development;
- (c) stimulate and support technical cooperation among countries in the development, analysis, and use of information on gender and health;
- (d) continue efforts to integrate gender into the work of the Organization, in particular in the strategic planning process and its follow-up.

(Seventh meeting, 27 June 2002)

CE130.R15: Evaluation of the Pan American Center for Sanitary Engineering and Environmental Sciences (CEPIS)

THE 130th SESSION OF THE EXECUTIVE COMMITTEE,

Having seen Document CE130/19, Evaluation of the Pan American Center for Sanitary Engineering and Environmental Sciences (CEPIS),

RESOLVES:

To recommend to the Pan American Sanitary Conference the adoption of a resolution along the following lines:

THE 26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having seen Document CSP26/17, Evaluation of the Pan American Center for Sanitary Engineering and Environmental Sciences (CEPIS);

Aware of the full internal evaluation report submitted by the evaluation team to the Director contained in Technical Report OPS/DAP/02.5.44;

Bearing in mind Resolution CSP20.R31 of the 20th Pan American Sanitary Conference, requesting the Director to carry out a regular evaluation of each of the Pan American Centers;

Noting with satisfaction that this process has entered a new and expanded stage with the evaluation of CEPIS;

Aware of the recommendations that the internal evaluation team has presented to the Director;

Recalling the discussions on the topic of the Centers at recent sessions of the Subcommittee on Planning and Programming and of the Executive Committee; and

Noting the need to strengthen program evaluation throughout the Bureau,

RESOLVES:

1. To commend the Director for having carried out this comprehensive evaluation and for having reenergized the process of evaluation in general, and that of the Pan American Centers requested by the Conference in 1978.
2. To request the Director to:
 - (a) implement the pertinent recommendations of the evaluation team to ensure the evolution of a strengthened CEPIS, able to serve better the current and emerging needs of Member States in the field of health and environment;
 - (b) conduct a periodic comprehensive evaluation of one of the Pan American Centers each year;
 - (c) strengthen the Bureau's capacity for program evaluation;
 - (d) promote the development of cooperation networks among CEPIS, the Collaborating Centers, and other institutions linked with health and the environment in the countries;
 - (e) present a written management response to the recommendations of the evaluation of CEPIS and of other other Pan American Centers as they are evaluated.

(Seventh meeting, 27 June 2002)

CE130.R16: Report of the Award Committee of the PAHO Award for Administration, 2002

THE 130th SESSION OF THE EXECUTIVE COMMITTEE,

Having examined the report of the Award Committee of the PAHO Award for Administration, 2002 (Document CE130/6, Add. I); and

Bearing in mind the provisions of the procedures and guidelines for conferring the PAHO Award for Administration, as approved by the 18th Pan American Sanitary

Conference (1970) and amended by the 24th Pan American Sanitary Conference (1994) and the 124th Session of the Executive Committee (1999),

RESOLVES:

1. To note the decision of the Award Committee to confer the PAHO Award for Administration, 2002, on Dr. Hugo Mendoza, of the Dominican Republic, for his valuable contribution to the improvement of the maternal and child health situation in his country, through the introduction of the public health approach in pediatric care and teaching, and his pioneering efforts in public health research.
2. To transmit the report of the Award Committee of the PAHO Award for Administration, 2002 (Document CE130/6, Add. I), for the consideration of the 26th Pan American Sanitary Conference.

(Seventh meeting, 27 June 2002)

CE130.R17 Nongovernmental Organizations in Official Relations with PAHO

THE 130th SESSION OF THE EXECUTIVE COMMITTEE,

Having studied the report of the Standing Committee on Nongovernmental Organizations (Document CE130/7, Add. I); and

Mindful of the provisions of the *Principles Governing Relations between the Pan American Health Organization and Nongovernmental Organizations* (1995, revised 2000),

RESOLVES:

1. To admit the InterAmerican Heart Foundation (IAHF) into official relations with PAHO.
2. To continue official relations with the Latin American Confederation of Clinical Biochemistry (COLABIOCLI) and the National Alliance for Hispanic Health for a period of four years.
3. To continue official relations between PAHO and the Latin American Union against Sexually Transmitted Diseases (ULACETS) and the International Organization of Consumers Unions (CI-ROLAC) for a period of one year, on the understanding that the status of their activities and performance in accordance with an agreed-upon

collaborative work plan will be reviewed again by the Standing Committee at its meeting in 2003.

4. To request the Director to:
 - (a) advise the respective NGOs of the decisions taken by the Executive Committee;
 - (b) continue developing dynamic working relations with inter-American NGOs of interest to the Organization in areas which fall within the program priorities that the Governing Bodies have adopted for PAHO;
 - (c) continue fostering relationships between Member States and NGOs working in the field of health.

(Seventh meeting, 27 June 2002)

CE130.R18: Provisional Agenda of the 26th Pan American Sanitary Conference, 54th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas

THE 130th SESSION OF THE EXECUTIVE COMMITTEE,

Having examined the provisional agenda (Document CSP26/1) prepared by the Director for the 26th Pan American Sanitary Conference, 54th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas, presented as the annex to Document CE130/4, Rev. 2; and

Bearing in mind the provisions of Article 7.F of the Constitution of the Pan American Health Organization and Rule 8 of the Rules of Procedure of the Conference,

RESOLVES:

To approve the provisional agenda (Document CSP26/1) prepared by the Director for the 26th Pan American Sanitary Conference, 54th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas.

(Eighth meeting, 27 June 2002)

CE130.R19: Health and Aging

THE 130th SESSION OF THE EXECUTIVE COMMITTEE,

Having examined Document CE130/15, Health and Aging,

RESOLVES:

To recommend to the Directing Council the adoption of a resolution along the following lines:

THE 26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Taking into account the importance of the Madrid International Plan of Action on Aging, to address the health problems of the older population of the Americas;

Acknowledging the shift of paradigm to healthy and active aging and the efforts made towards reducing the negative stereotypes and misunderstandings about aging since the 25th Pan American Sanitary Conference and its adoption of Resolution CSP25.R6;

Understanding the immense implications of population aging to many of the health priorities of the Americas; and

Considering the need to promote, in collaboration with other partners, a comprehensive system to support active healthy aging,

RESOLVES:

1. To urge Member States to:
 - (a) build on the momentum created by the 2nd World Assembly on Aging, adopt national policies and plans for the implementation of the International Plan of Action on Aging, and provide adequate support for the implementation of priority areas;
 - (b) advocate for the promotion and protection of human rights and fundamental freedoms of older persons;
 - (c) adopt appropriate health promotion priorities for older persons and develop gender-specific targets and monitoring strategies in the areas of nutritional health, physical activity, unintentional injury and fall prevention, and mental health;

- (d) commit to increase the access of older persons, especially those that are resource poor, to aging appropriate health care and essential medications;
 - (e) promote initiatives for the development of community-based long-term care options (including supportive housing and assisted living) and regulate the provision of care to vulnerable populations;
 - (f) promote research for the monitoring and evaluation of program effectiveness;
 - (g) develop a plan for the training of primary health workers and other health professionals in the basics of health promotion for older persons and geriatric medicine.
2. To request the Director to:
- (a) support the regional implementation of the International Plan of Action on Aging in coordination with other collaborating partners;
 - (b) assist Member States to develop healthy aging targets and indicators;
 - (c) encourage Member States to develop coordinated community-based strategies to support active aging and to disseminate information on these experiences;
 - (d) assist Member States to work toward the development of enabling and supportive environments for older persons, including regulated long-term care facilities.

(Eighth meeting, 27 June 2002)

CE130.R20: Report on the Meeting of the Health and Environment Ministers of the Americas (HEMA)

THE 130th SESSION OF THE EXECUTIVE COMMITTEE,

Having analyzed Document CE130/20, Meeting of the Health and Environment Ministers of the Americas (HEMA),

RESOLVES:

To recommend to the Pan American Sanitary Conference the adoption of a resolution along the following terms:

THE 26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Recalling Resolution CD43.R15, which instructed the Pan American Sanitary Bureau to work with the Government of Canada and the United Nations Environment Program (UNEP) to convene the Meeting of the Health and Environment Ministers of the Americas (HEMA);

Having considered the report of the HEMA, which took place in Ottawa, 4-5 March 2002; and

Recognizing the link between health and the environment; noting the impact on health of environmental factors such as water and sanitation, outdoor and indoor air pollution, and exposure to agro-industrial chemicals and wastes; and particularly aware of the relationship between environmental conditions and diseases such as diarrhea and respiratory infections,

RESOLVES:

1. To urge the Member States to:
 - (c) work along the lines agreed to in the Ministerial Communiqué in its three defined areas: setting future directions for health and environment in the Americas, issues of common concern and shared goals, and building and sharing capacities to respond to threats;
 - (d) build bridges at the national and local levels between the health and environmental sectors in an inclusive alliance which will call upon actors in the relevant public sector, private sector, and civil society;
 - (e) participate and support the work of the Task Force defined in the Ministerial Communiqué and being convened by the Government of Canada with the collaboration of PAHO and UNEP.
2. To request the Director to:
 - (d) collaborate with the Government of Canada and UNEP in the Task Force which will make proposals for the follow-up on the conclusions of HEMA as registered in the Ministerial Communiqué;
 - (e) integrate the proposals of the Task Force and the work under way in 2002-2003 into PAHO's ongoing technical cooperation work, with special emphasis on the

collaboration with countries in capacity-building and the work in hygiene, water and sanitation, air pollution, and chemical safety.

3. To recognize and praise the leadership role of the Government of Canada in promoting collaborative actions between the health and environmental sectors in the construction of sustainable human development.

(Eighth meeting, 27 June 2002)

Decisions

CE130(D1) Adoption of the Agenda

Pursuant to Rule 9 of the Rules of Procedure of the Executive Committee, the Committee adopted the agenda submitted by the Director (Document CE130/1, Rev. 1).

(First meeting, 24 June 2002)

CE130(D2) Representation of the Executive Committee at the 26th Pan American Sanitary Conference, 54th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas

Pursuant to Rule 54 of its Rules of Procedure, the Executive Committee decided to designate its President (Guyana) and Vice President (Uruguay) to represent the Committee at the 26th Pan American Sanitary Conference, 54th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas. As alternates to those representatives, the Committee designated the delegates of Canada and Bolivia, respectively.

(First meeting, 24 June 2002)

CE130(D3) Report of the Subcommittee on Planning and Programming

The Executive Committee took note of the report on the 36th Session of the Subcommittee on Planning and Programming (Document CE130/5), thanking the President for his report and expressing its gratitude to the Subcommittee for its work.

(First meeting, 24 June 2002)

CE130(D4) Evaluation of the Strategic and Programmatic Orientations, 1999–2002

The Executive Committee took note of the report on the evaluation of the Strategic and Programmatic Orientations, 1999–2002 (Documents CE130/11 and CE130/INF/1), and encouraged the Secretariat to apply the lessons learned from that exercise in implementing and evaluating the Strategic Plan for the period 2003–2007.

(First meeting, 24 June 2002)

CE130(D5) Working Capital Fund

The Executive Committee decided to postpone any action with regard to the level of the Working Capital Fund and take up the matter again at its 132nd Session in June 2003.

(Second meeting, 24 June 2002)

CE130(D6) Centennial of the Pan American Health Organization

The Executive Committee took note of the report prepared by the Secretariat on the celebration of the Organization's 100th anniversary (Document CE130/21) and expressed its satisfaction with the activities planned and under way.

(Sixth meeting, 26 June 2002)

CE130(D7) Statement by the Representative of the PASB Staff Association

The Executive Committee took note of the statement by the Representative of the Staff Association (Document CE130/27) and expressed its support for the staff of the Organization and its satisfaction with the cordial working relations that exist between the PAHO staff and administration.

(Seventh meeting, 27 June 2002)

***CE130(D8) Resolutions and other actions of the Fifty-fifth World Health Assembly
of Interest to the PAHO Executive Committee***

The Executive Committee took note of the report on resolutions and other actions of the Fifty-fifth World Health Assembly of interest to the PAHO Executive Committee (Document CE130/28).

(Seventh meeting, 27 June 2002)

IN WITNESS WHEREOF, the President of the Executive Committee and the Secretary ex officio, Director of the Pan American Sanitary Bureau, sign the present Final Report in the English and Spanish languages, both texts being equally authentic.

DONE in Washington, D.C., United States of America, on this twenty-seventh day of June in the year two thousand two. The Secretary shall deposit the original texts in the archives of the Pan American Sanitary Bureau and shall send copies thereof to the Member States of the Organization.

Leslie Ramsammy
Delegate of Guyana
President of the 130th Session
of the Executive Committee

George A. O. Alleyne
Secretary ex officio of the 130th Session
of the Executive Committee
Director of the Pan American Sanitary
Bureau

AGENDA

- 1. OPENING OF THE SESSION**
- 2. PROCEDURAL MATTERS**
 - 2.1 Adoption of the Agenda and Program of Meetings
 - 2.2 Representation of the Executive Committee at the 26th Pan American Sanitary Conference, 54th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas
 - 2.3 Provisional Agenda of the 26th Pan American Sanitary Conference, 54th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas
- 3. CONSTITUTIONAL MATTERS**
 - 3.1 Report on the 36th Session of the Subcommittee on Planning and Programming
 - 3.2 PAHO Award for Administration, 2002
 - 3.3 Nongovernmental Organizations in Official Relations with PAHO
- 4. PROGRAM POLICY MATTERS**
 - 4.1 Provisional Draft of the Program Budget of the World Health Organization for the Region of the Americas for the Financial Period 2004-2005
 - 4.2 Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in the Americas
 - 4.3 Vaccines and Immunization
 - 4.4 Evaluation of the Strategic and Programmatic Orientations 1999-2002
 - 4.5 Strategic Plan for the Pan American Sanitary Bureau for the Period 2003-2007
 - 4.6 Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)
 - 4.7 Extension of Social Protection in Health: Joint Initiative of the Pan American Health Organization and the International Labour Organization
 - 4.8 Health and Aging

4. PROGRAM POLICY MATTERS (*cont.*)

- 4.9 Regional Strategy for Maternal Mortality and Morbidity Reduction
- 4.10 Public Health Response to Chronic Diseases
- 4.11 Women, Health, and Development
- 4.12 Evaluation of the Pan American Center for Sanitary Engineering and Environmental Sciences (CEPIS)
- 4.13 Report on the Meeting of the Health and Environment Ministers of the Americas (HEMA)
- 4.14 The Centennial of the Pan American Health Organization

5. ADMINISTRATIVE AND FINANCIAL MATTERS

- 5.1 Report on the Collection of Quota Contributions
- 5.2 PAHO Financial Regulations
- 5.3 Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for 2000-2001
 - a) Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for 2000-2001
 - b) Working Capital Fund
- 5.4 PAHO Buildings and Facilities

6. PERSONNEL MATTERS

- 6.1 Amendments to the PASB Staff Rules
- 6.2 Statement by the Representative of the PASB Staff Association

7. GENERAL INFORMATION MATTERS

- 7.1 Resolutions and Other Actions of the Fifty-fifth World Health Assembly of Interest to the PAHO Executive Committee

8. OTHER MATTERS

LIST OF DOCUMENTS

Official Documents

Off. Doc. 305 Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for 2000-2001

Working Documents

CE130/1, Rev. 2 and Adoption of the Agenda and Program of Meetings
CE130/WP/1, Rev. 1

CE130/3 Representation of the Executive Committee at the
26th Pan American Sanitary Conference, 54th Session of the
Regional Committee of WHO for the Americas

CE130/4, Rev. 1 Provisional Agenda of the 26th Pan American Sanitary
Conference, 54th Session of the Regional Committee of
WHO for the Americas

CE130/5 Report on the 36th Session of the Subcommittee on Planning
and Programming

CE130/6 PAHO Award for Administration, 2002

CE130/7 Nongovernmental Organizations in Official Relations
with PAHO

CE130/8 Provisional Draft of the Program Budget of the World Health
Organization for the Region of the Americas for the Financial
Period 2004-2005

CE130/9 Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)
and Add. I in the Americas

CE130/10 Vaccines and Immunization

Working Documents (cont.)

CE130/11 and CE130/INF/1	Evaluation of the Strategic and Programmatic Orientations, 1999-2002
CE130/12	Strategic Plan for the Pan American Sanitary Bureau for the Period 2003-2007
CE130/13	Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)
CE130/14	Extension of Social Protection in Health: Joint Initiative of the Pan American Health Organization and the International Labour Organization
CE130/15	Health and Aging
CE130/16	Regional Strategy for Maternal Mortality and Morbidity Reduction
CE130/17	Public Health Response to Chronic Diseases
CE130/18	Women, Health, and Development
CE130/19	Evaluation of the Pan American Center for Sanitary Engineering and Environmental Sciences (CEPIS)
CE130/20	Report on the Meeting of the Health and Environment Ministers of the Americas (HEMA)
CE130/21	The Centennial of the Pan American Health Organization
CE130/22 and Add. I	Report on the Collection of Quota Contributions
CE130/23	PAHO Financial Regulations
CE130/24	Working Capital Fund
CE130/25, Rev. 1	PAHO Buildings and Facilities
CE130/26	Amendments to the PASB Staff Rules

Working Documents (cont.)

CE130/27	Statement by the Representative of the PASB Staff Association
CE130/28	Resolutions and Other Actions of the Fifty-fifth World Health Assembly of Interest to the PAHO Executive Committee

Information Documents

CE130/INF/1	Evaluation of the Strategic and Programmatic Orientations
CE130/INF/2	Final Report of the Biennial Program Budget for 2000-2001
CE130/INF/3	Statistics of PASB/WHO Staff

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members of the Subcommittee
Miembros del Subcomité**

***Canada
Canadá***

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

Ms. Jodi Lynn Brown
Senior Policy Analyst
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Chile

Dra. Raquel Child
Jefa de la Oficina de Cooperación
y Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

Cuba

Dr. Antonio D. González Fernández
Director de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Sra. Marisabel de Miguel
Segunda Secretaria
Sección de Intereses de Cuba
Washington, D.C.

Members of the Subcommittee (cont.)
Miembros del Subcomité (cont.)

El Salvador

Dr. José Francisco López Beltrán
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
San Salvador

Guyana

Dr. Rudolph O. Cummings
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Labour
Georgetown

Honduras

Dr. Humberto Cosenza Jiménez
Secretario Ejecutivo de Cooperación Técnica
Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
Tegucigalpa

United States of America
Estados Unidos de América

Mr. William Steiger
Special Assistant to the Secretary for International Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Members of the Subcommittee (cont.)
Miembros del Subcomité (cont.)

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

Mr. Richard S. Walling
Director, Office for the Americas and Middle East
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

Ms. Mary Lou Valdez
Associate Director for Multilateral Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Carol J. Dabbs
Population, Health, and Nutrition Team Leader
Office for Regional Sustainable Development
Bureau For Latin America and the Caribbean
U.S. Agency for International Development
Washington, D.C.

Mr. Thomas Cooney
Foreign Affairs Officer
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Uruguay

Sr. Jorge Seré Sturzenegger
Ministro Consejero, Representante Alterno
Misión Permanente del Uruguay ante la
Organización de Estados Americanos
Washington D.C.

Other Member States
Otros Estados Miembros

Brazil
Brasil

Mr. Paulo Roberto Amora Alvarenga
Representante Alterno
Misión Permanente de Brasil ante la
Organización de Estados Americanos
Washington D.C.

Costa Rica

Mr. Luis Guardia Mora
Representante Alterno
Misión Permanente de Costa Rica ante la
Organización de Estados Americanos
Washington D.C.

Ecuador
Ecuador

Sr. Luis Valencia
Consejero, Representante Alterno
Misión Permanente de Ecuador ante la
Organización de Estados Americanos
Washington D.C.

Jamaica

Dr. Deanna Ashley
Director of Health Promotion and Protection
Ministry of Health
Kingston

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

Mexico
México

Dr. Jaime Sepúlveda Amor
Director General del Instituto Nacional de Salud Pública
Secretaría de Salud
México, D.F.

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

Lic. Hilda Dávila Chávez
Directora de Asuntos Bilaterales y Regionales Americanos
Secretaría de Salud
México, D.F.

Sr. Manuel Herrera
Representante Alterno
Misión Permanente de México ante la
Organización de Estados Americanos
Washington D.C.

United Nations Specialized Agencies
Agencias Especializadas de las Naciones Unidas

International Labour Organization
Organización Internacional de Trabajo

Mr. Emmanuel Reynaud
Chief of the Social Security Policy And Development Branch
Geneva, Switzerland

Mr. Pedro Crocco
Director for Latin America and the Caribbean of the STEP Program
Santiago, Chile

**Pan American Health Organization
Organización Panamericana de la Salud**

***Secretary ex officio of the Subcommittee
Secretario ex officio del Subcomité***

Dr. George A. O. Alleyne
Director

***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. María Teresa Cerqueira
Director, Division of Health Promotion and Protection
Directora, División de Promoción y Protección de la Salud

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

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

Pan American Health Organization (*cont.*)
Organización Panamericana de la Salud (*cont.*)

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

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

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

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

Mr. Mark Mathews
Chief, Department of Budget and Finance
Jefe, Departamento de Presupuesto y Finanzas

Mr. Philip MacMillan
Chief of Department of Personnel
Jefe, Departamento de Personal

Dr. Karen Sealey (Technical Secretary/Secretaria Técnica)
Chief, Office of Analysis and Strategic Planning
Jefa, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica

Pan American Health Organization (cont.)
Organización Panamericana de la Salud (cont.)

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

Dr. Richard P. Marks

Legal Counsel
Asesora Jurídica

Dr. Heidi V. Jiménez

Chief, Conference and Secretarial Services
Jefa, Servicios de Conferencias y Secretaria

Ms. Rosa Irene Otero



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
WORLD HEALTH ORGANIZATION



26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE
54th SESSION OF THE REGIONAL COMMITTEE

Washington, D.C., USA, 23-27 September 2002

CSP26/FR (Eng.)
27 September 2002
ORIGINAL: ENGLISH

FINAL REPORT

CONTENTS

	<i>Page</i>
Participants	5
Opening of the Conference	5
Officers	6
Committee on Credentials	6
General Committee	7
Working Parties.....	7
Other Matters	7
Meetings	9
Resolutions and Decisions.....	9
 <i>Resolutions</i>	
CSP26.R1 Provisional Draft of the Program Budget of the World Health Organization for the Region of the Americas for the Financial Period 2004-2005	9
CSP26.R2 Collection of Quota Contributions.....	9
CSP26.R3 PAHO Financial Regulations.....	11
CSP26.R4 Amendment to the Staff Regulations of the Pan American Sanitary Bureau	11
CSP26.R5 Salary of the Director of the Pan American Sanitary Bureau	12
CSP26.R6 Election of the Director of the Pan American Sanitary Bureau and Nomination of the Regional Director of the World Health Organization for the Americas	12
CSP26.R7 Director Emeritus of the Pan American Sanitary Bureau	13
CSP26.R8 Election of Three Member States to the Executive Committee on the Expiration of the Periods of Office of Bolivia, Canada, and Guyana.....	14
CSP26.R9 Vaccines and Immunization.....	14
CSP26.R10 Integrated Management of Childhood Illness (IMCI).....	17

CONTENTS (*cont.*)

Page

Resolutions (*cont.*)

CSP26.R11	Evaluation of the Strategic and Programmatic Orientations 1999-2002.....	18
CSP26.R12	Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in the Americas	19
CSP26.R13	Regional Strategy for Maternal Mortality and Morbidity Reduction	20
CSP26.R14	Creation of a Voluntary Fund for the Reduction of Maternal Mortality in the Americas	22
CSP26.R15	Public Health Response to Chronic Diseases	23
CSP26.R16	Evaluation of the Pan American Center for Sanitary Engineering and Environmental Sciences (CEPIS).....	25
CSP26.R17	Meeting of the Health and Environment Ministers of the Americas (HEMA)	26
CSP26.R18	Strategic Plan for the Pan American Sanitary Bureau, 2003-2007	28
CSP26.R19	Extension of Social Protection in Health: Joint Initiative of the Pan American Health Organization and the International Labour Organization	29
CSP26.R20	Health and Aging	30
CSP26.R21	Women, Health, and Development	32

Decisions

CSP26(D1)	Committee on Credentials.....	33
CSP26(D2)	Election of Officers	33
CSP26(D3)	Working Party to Study the Application of Article 6.B of the PAHO Constitution	34
CSP26(D4)	General Committee	34
CSP26(D5)	Agenda	34
CSP26(D6)	Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for 2000-2001	34
CSP26(D7)	Reports of the Pan American Sanitary Bureau: <u>Charting a Future for Health in the Americas, Quadrennial Report of the Director; Health in the Americas; Public Health in the Americas</u>	34
CSP26(D8)	Annual Report of the President of the Executive Committee	35

CONTENTS (*cont.*)

Page

Decisions (*cont.*)

CSP25(D9)	Selection of One Member State Entitled to Designate a Representative to the International Coordination Council of the Pan American Institute for Food Protection and Zoonoses (INPPAZ).	35
-----------	---	----

Annexes

Annex A.	Agenda
Annex B.	List of Documents
Annex C.	List of Participants

FINAL REPORT¹

The 26th Pan American Sanitary Conference of the Pan American Health Organization, 54th Session of the Regional Committee of the World Health Organization for the Americas, was held at the Headquarters Building in Washington, D.C., from 23 to 27 September 2002, as convened by the Director of the Pan American Sanitary Bureau.

Participants

The following Member and Participating States and Associate Members of the Pan American Health Organization were represented: Antigua and Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bolivia, Brazil, Canada, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Dominican Republic, Ecuador, El Salvador, France, Grenada, Guatemala, Guyana, Haiti, Honduras, Jamaica, Kingdom of the Netherlands, Mexico, Nicaragua, Panama, Paraguay, Peru, Puerto Rico, Saint Kitts and Nevis, Saint Lucia, Saint Vincent and the Grenadines, Suriname, Trinidad and Tobago, United Kingdom, United States of America, Uruguay, and Venezuela. The Government of Spain was represented as an Observer State. The Government of Egypt was represented as an Observer State to the Regional Committee. The Executive Committee was represented by its President, Hon. Dr. Leslie Ramsammy (Guyana) and by its Vice President, Dr. Beatriz Rivas (Uruguay).

The Conference was attended by Dr. Gro Harlem Brundtland, Director-General of the World Health Organization. The following intergovernmental agencies were represented: Caribbean Community, Hipólito Unanue Agreement, Inter-American Development Bank, Inter-American Agency for Cooperation and Development, Organization of American States, United Nations Children's Fund, and The World Bank. Observers for 26 nongovernmental organizations were also present.

Opening of the Conference

The Conference was opened by the Delegate of Argentina, Dr. Ginés González García. Speakers at the opening ceremony were Sir George Alleyne, Director of the Pan American Sanitary Bureau; the Hon. Tommy Thompson, Secretary of Health and Human Services of the United States of America; and Dr. Gro Harlem Brundtland, Director-General of the World Health Organization.

¹ This Final Report is in the nature of a summary and should thus be read in conjunction with the Proceedings of the Session, where the topics are explored in greater detail.

Officers

Pursuant to Rule 21 of the Rules of Procedure, the Head of Delegation of Argentina, who occupied the Presidency of the 25th Pan American Sanitary Conference, presided until the elections for office of the 26th Conference. As a result of the elections, the following delegates served as officers:

<i>President:</i>	Dr. Patricio Jamriska	Ecuador
<i>Vice Presidents:</i>	Hon. Senator Samuel Aymer Dr. Fernando Gracia García	Antigua and Barbuda Panama
<i>Rapporteur:</i>	Dr. Beatriz Rivas	Uruguay
<i>Secretary ex officio:</i>	Sir George Alleyne	Director, Pan American Sanitary Bureau

During the fourth meeting, Dr. Fernando Gracia García, of Panama, and then during the sixth through the ninth meetings, Hon Senator Samuel Aymer, substituted for Dr. Patricio Jamriska as President.

Committee on Credentials

The Committee on Credentials was appointed pursuant to Rule 32 of the Rules of Procedure and consisted of the following members:

<i>President:</i>	Hon Dr. Leslie Ramsammy	Guyana
<i>Member:</i>	Dr. María del Rocío Sáenz Madrigal	Costa Rica
<i>Member:</i>	Dr. Fernando Carbone Campoverde	Peru

The Committee on Credentials held two meetings and submitted its respective reports in the first and fifth meetings.

General Committee

With the election of the Delegates of Cuba, Mexico, and United States of America to the General Committee, pursuant to Rule 33 of the Rules of Procedure, the Committee was constituted as follows:

<i>President:</i>	Dr. Patricio Jamriska	Ecuador
<i>Vice Presidents:</i>	Hon. Senator Samuel Aymer Dr. Fernando Gracia García	Antigua and Barbuda Panama
<i>Rapporteur:</i>	Dr. Beatriz Rivas	Uruguay
<i>Member:</i>	Dr. Damodar Peña Pentón	Cuba
<i>Member:</i>	Dr. Julio Frenk Mora	Mexico
<i>Member:</i>	Ms. Ann S. Blackwood	United States of America

The General Committee met two times and submitted its respective reports at the second and sixth meetings of the Conference.

Working Parties

At the first meeting a working party, consisting of the Delegates of Bahamas, Canada, and Chile, was established to study the application of Article 6.B of the PAHO Constitution to States more than two years in arrears in the payment of their quota contributions. The Working Party met once and submitted its report at the third meeting of the Conference, at which time Resolution CSP26.R2 was adopted.

Other Matters

In addition to the topics reflected in the resolutions and decisions reproduced in their entirety in the present report, the following matters were considered.

A very visible part of the Conference was the celebration of the Centennial of the Pan American Health Organization. This was evidenced by many hanging banners, a photo exhibit, a timeline of the key events in PAHO history in international public health, 1902-2002, as well as an exhibit of the activities that the countries carried out to honor PAHO's 100 years. Additionally, the former directors of the Organization, Dr. Héctor R. Acuña and Dr. Carlyle Guerra de Macedo, attended.

During a lunchtime briefing prior to the fourth session, Dr. Julie L. Gerberding, Director of the Centers for Disease Control, presented a report on the situation of West Nile Virus in the United States.

In the fifth meeting, on behalf of the Government of Bolivia and the Expanded Program on Immunizations group, the Delegate of Bolivia presented Dr. Ciro de Quadros with an award honoring him for his great efforts during his professional life in controlling immunization-preventable diseases in the Region and the rest of the world. The Delegate of Bolivia also stated that Dr. de Quadros had been awarded the Order of Health with the rank of Grand Official in Bolivia.

In the sixth meeting, the following awards were given:

- the PAHO Award for Administration, 2002, was presented to Dr. Hugo Mendoza, of the Dominican Republic.
- the Abraham Horwitz Award for Inter-American Health, 2002, was presented to Prof. Leonard Duhl, of the United States of America.
- the Manuel Velasco Suárez Bioethics Award was presented to Dr. Deborah Diniz, of Brazil.

In the seventh meeting, Dr. Alleyne, on behalf of the Conference, expressed sympathy to the family and the country of Brazil on the recent passing of Dr. João Yunes, who had been the PAHO/WHO Representative in Cuba and Director of the Division of Health Promotion. Dr. Yunes also had frequently been head of delegation of Brazil at PAHO meetings as well as a representative to the WHO Executive Board.

In the ninth session, the Conference heard a presentation and discussed the report of the Advisory Committee on Health Research. The meeting was exceptional in that the 100th anniversary of PAHO and the 40 years of uninterrupted work of the Committee were celebrated. Additionally as well in this session, the Conference reviewed the resolutions and other actions of the Fifty-fifth World Health Assembly of interest to the Region of the Americas.

Also in the ninth session, after Dr. Alleyne made his closing comments and a special farewell to the assembly, the delegates went forward one by one to the podium to show their appreciation to him.

Meetings

The Conference held nine meetings.

Resolutions and Decisions

Resolutions

CSP26.R1 Provisional Draft of the Program Budget of the World Health Organization for the Region of the Americas for the Financial Period 2004-2005

THE 26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered Document CSP26/6 and the tentative request to the World Health Organization for US\$ 72,491,000, without cost increases, for the Region of the Americas for the financial period 2004-2005; and

Noting the recommendation of the Executive Committee,

RESOLVES:

To request the Director to transmit to the Director-General of WHO the request for \$72,491,000, without cost increases, for the Region of the Americas for the financial period 2004-2005, for consideration by the WHO Executive Board and the World Health Assembly in 2003.

(Second meeting, 23 September 2002)

CSP26.R2 Collection of Quota Contributions

THE 26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered the report of the Director on the collection of quota contributions (Document CSP26/18 and Addendum I), and the concern expressed by the 130th Meeting of the Executive Committee with respect to the status of the collection of quota contributions; and

Noting that Argentina's failure to pay its assessed contributions is due to conditions beyond its control,

RESOLVES:

1. To take note of the report of the Director on the collection of quota contributions (Document CSP26/18 and Addendum I).
2. To express appreciation to those Member States that have already made payments in 2002, and to urge all Member States in arrears to meet their financial obligations to the Organization in an expeditious manner.
3. To congratulate those countries that have fully met their quota obligations through 2002.
4. To compliment the countries which have made significant payment efforts to reduce quota arrearages for prior years.
5. To express grave concern regarding Argentina's accumulation of arrears and to encourage Argentina to make settlement of its arrears a priority of the Government.
6. To request the President of the Pan American Sanitary Conference to notify the Argentine Delegation that its voting rights will be restored at this 26th Pan American Sanitary Conference.
7. To request the Director to:
 - (a) continue to monitor the implementation of special payment agreements by Member States in arrears for the payment of prior years' quota assessments;
 - (b) advise the Executive Committee of Member States' compliance with their quota payment commitments;
 - (c) report to the 44th Directing Council on the status of the collection of quota contributions for 2003 and prior years.

(Third meeting, 24 September 2002)

CSP26.R3 PAHO Financial Regulations

THE 26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered the recommendation of the Executive Committee and the proposed revisions to the Financial Regulations as they appear in Annex 2 of Document CSP26/19; and

Taking into consideration that the revisions to the Regulations will, to the extent practical and possible, provide conformity between the Financial Regulations of the World Health Organization and the Pan American Health Organization, and bring the PAHO Financial Regulations into compliance with the United Nations system accounting standards,

RESOLVES:

To approve the revisions to the Financial Regulations of the Pan American Health Organization as they appear in Annex 2 of Document CSP26/19.

(Third meeting, 24 September 2002)

CSP26.R4 Amendment to the Staff Regulations of the Pan American Sanitary Bureau

THE 26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Taking note of the changes that were made to the Staff Rules of the Pan American Sanitary Bureau, as confirmed by the 130th Executive Committee;

Having considered the recommendation of the Executive Committee regarding Staff Regulation 4.5; and

Bearing in mind the provisions of Staff Regulation 12.1,

RESOLVES:

To approve the amendment to Staff Regulation 4.5 to reflect the implementation of new contractual mechanisms with effect from 1 July 2002.

(Third meeting, 24 September 2002)

CSP26.R5 *Salary of the Director of the Pan American Sanitary Bureau*

THE 26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Taking into account the decision by the 130th Executive Committee to adjust the salaries of the Deputy Director and Assistant Director (Resolution CE130.R12);

Having noted the recommendation of the Executive Committee concerning the salary of the Director of the Pan American Sanitary Bureau (Resolution CE130.R12); and

Bearing in mind the provisions of Staff Rule 330.3,

RESOLVES:

To establish the annual net salary of the Director of the Pan American Sanitary Bureau at US\$ 118,165 at dependency rate and \$106,342 at single rate, effective 1 March 2002.

(Third meeting, 24 September 2002)

CSP26.R6 *Election of the Director of the Pan American Sanitary Bureau and Nomination of the Regional Director of the World Health Organization for the Americas*

THE 26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Bearing in mind Articles 4.E and 21.A of the Constitution of the Pan American Health Organization, which provide that the Pan American Sanitary Bureau shall have a Director elected at the Conference by the vote of a majority of the Governments of the Organization;

Bearing in mind Article 4 of the Agreement between the World Health Organization and the Pan American Health Organization and Article 52 of the Constitution of the World Health Organization, which establish the procedure for the appointment of Regional Directors of the World Health Organization; and

Satisfied that the election of the Director of the Bureau has been held in accordance with the established procedures,

RESOLVES:

1. To declare Dr. Mirta Roses Periago elected Director of the Pan American Sanitary Bureau for a period of five years to begin 1 February 2003.

2. To submit to the Executive Board of the World Health Organization the name of Dr. Mirta Roses Periago for appointment as Regional Director for the Americas.

(Fifth meeting, 25 September 2002)

CSP26.R7 *Director Emeritus of the Pan American Sanitary Bureau*

THE 26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Noting the 21 years of service of Dr. George Alleyne to the Pan American Health Organization;

Recognizing the invaluable leadership provided by Dr. Alleyne during his eight years as Director of the Pan American Sanitary Bureau and Regional Director for the Americas of the World Health Organization;

Reiterating the values that he embraced and embedded into the works of the Organization and his dedication and commitment to the advancement of equity and panamericanism in health; and

Desiring to demonstrate its appreciation for his many years of service to the Organization and considering that his term of office as Director of the PASB and Regional Director is about to expire,

RESOLVES:

1. To express its sincere appreciation to Dr. George Alleyne for his many years of service to the Pan American Health Organization and for his leadership as Director of the Pan American Sanitary Bureau.
2. To designate Dr. Alleyne Director Emeritus of the Pan American Sanitary Bureau as from the date of his retirement.
3. To wish him all possible success in his further endeavors to improve the health of the peoples of the Americas and the world.
4. To transmit this resolution to the Executive Board of the World Health Organization for its consideration.

(Fifth meeting, 25 September 2002)

CSP26.R8 Election of Three Member States to the Executive Committee on the Expiration of the Periods of Office of Bolivia, Canada, and Guyana

THE 26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Bearing in mind the provision of Articles 4.D and 15.A of the Constitution of the Pan American Health Organization; and

Considering that Dominica, Paraguay, and United States of America were elected to serve on the Executive Committee upon the expiration of the periods of office of Bolivia, Canada, and Guyana,

RESOLVES:

1. To declare Dominica, Paraguay, and United States of America elected to membership on the Executive Committee for the period of three years.
2. To thank Bolivia, Canada, and Guyana for the services rendered to the Organization during the past three years by their delegates on the Executive Committee.

(Fifth meeting, 25 September 2002)

CSP26.R9 Vaccines and Immunization

THE 26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered the report of the Director on vaccines and immunization (Document CSP26/7) and taking note of the Region's leadership in the area of vaccines and immunization, and the critical contribution of immunization to the progress of child survival initiatives;

Recognizing the need to accelerate the use of new vaccines of proven efficacy to reduce health threats to the children of the Region;

Recognizing the progress being made in the Americas towards the interruption of indigenous transmission of measles, but cognizant of the fact that the Region is under constant threat of importations, which can lead to extensive measles outbreaks if coverage levels are inadequate;

Taking note of the remarkable commitment of health and government authorities of the island of Hispaniola to control successfully the Sabin type 1 vaccine-derived poliomyelitis and measles outbreaks in 2001;

Acknowledging the need to achieve uniform vaccination coverage in all municipalities and to improve the quality of vaccination and surveillance data;

Considering the important advances being made by Member States in accelerating the control of rubella and the prevention of congenital rubella syndrome (CRS), to achieve a more rapid decrease of rubella cases and infants born with CRS;

Noting that while yellow fever transmission in enzootic areas has recently decreased as a result of intensive vaccination, there is evidence of its circulation in non-enzootic areas and widespread distribution of *Aedes aegypti*, the urban vector of the disease;

Bearing in mind the importance of working to ensure access by all Member States to every type of vaccine indicated for use in public health, at an affordable cost and of the highest quality; and

Aware of the potential use of smallpox virus as a bioterrorism weapon,

RESOLVES:

1. To urge Member States to:
 - (a) allocate adequate resources to finance all aspects of national immunization programs, to ensure the sustainable achievement of at least 95% vaccination coverage with all antigens in all municipalities, the realization of the goal of interruption of indigenous measles transmission, the maintenance of poliomyelitis eradication, and the inclusion of new vaccines and initiatives of public health importance;
 - (b) undertake accelerated control of rubella and congenital rubella syndrome prevention initiatives and continue improving epidemiological surveillance of rubella and CRS, as well as laboratory diagnosis and investigation procedures;
 - (c) remain vigilant of the yellow fever situation using sensitive surveillance systems, particularly in enzootic areas and areas infested with *Aedes aegypti*, and to sustain high vaccination coverage in high-risk areas to prevent the occurrence of jungle cases and urbanization of the disease;

- (d) strengthen national regulatory authorities and national control laboratories to ensure that vaccines of quality, either imported or locally produced and approved by competent authorities, are used in national immunization programs and the private sector;
 - (e) consider that any outbreak of smallpox is a threat to the Region and to the world, promptly report any suspect cases that may occur, and be prepared to provide the necessary emergency assistance, including vaccines, to contain the outbreak as rapidly as possible.
2. To request the Director to:
- (a) advocate for the active mobilization of national and international resources to reach the goal of interruption of indigenous measles transmission, including the adoption of eradication strategies in Regions where conditions permit the substantial achievement of this goal;
 - (b) encourage the collaboration among vaccine-producing countries in the Americas to support the joint development of vaccines;
 - (c) explore, together with The World Bank, the Inter-American Development Bank, and other partners, financing mechanisms that complement the PAHO Revolving Fund for Vaccine Procurement, with a view to ensuring an uninterrupted supply of vaccines to the Member States at affordable prices and of the highest quality;
 - (d) advocate for the adoption of strategies that will make it possible for our public health programs to immediately incorporate new vaccines of proven efficacy against serious childhood illness;
 - (e) establish the necessary measures to guarantee that 95% of women of childbearing age are immunized against tetanus;
 - (f) offer guidance to the Member States on immunizations that have proven to be cost-effective for use in older adults.

(Sixth meeting, 25 September 2002)

CSP26.R10 Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)

THE 26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered Document CSP26/11 and the findings presented on the progress made in the implementation of the Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) strategy in the Region of the Americas; and

Bearing in mind the progress made in the Healthy Children: Goal 2002 Initiative, which has helped to sustain and accelerate the reduction in child mortality, particularly from the causes targeted by the IMCI strategy,

RESOLVES:

1. To adopt the approach and operationalization contained in Document CSP26/11 for the implementation of the IMCI strategy.
2. To underscore the importance of expanding the IMCI strategy by incorporating new components that will make it possible to improve the problem-solving capability of health workers at the first level of care, which includes prenatal and neonatal care to guarantee healthy pregnancies, births, and child development.
3. To urge the Member States to:
 - (a) continue to strengthen support for the IMCI strategy and its expansion and coordination with other programs and actors in health, with a view to sustaining and accelerating the reduction in child mortality, and to advance toward universal access by the population to the basic quality of care standard offered by the strategy;
 - (b) hasten effective integration of the IMCI strategy into undergraduate and graduate programs in the health disciplines and its application by graduates;
 - (c) strengthen and promote effective mechanisms for the collection, consolidation, and analysis of data that will permit the monitoring and evaluation of health actions targeting infants and children;
 - (d) strengthen the number and diversity of human health resources to deal effectively with ill children and the causes of illness.

4. To request the Director to continue supporting implementation of the IMCI strategy in terms of expanding it to other countries and increasing coverage in the countries that have already adopted it.

(Sixth meeting, 25 September 2002)

CSP26.R11 Evaluation of the Strategic and Programmatic Orientations 1999-2002

THE 26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having examined document CSP26/9 "Evaluation of the Strategic and Programmatic Orientations 1999-2002;"

Taking into account Resolution CSP25.R4, adopted by the 25th Pan American Sanitary Conference and, in particular, section 3b, which requests the Director to assess the impact of technical cooperation utilizing the strategic orientations as the frame of reference;

Having been informed of troubling situations related to the high degree of failure to meet the regional goals adopted by the Organization for the period 1999-2002 and the high percentage of goals considered unmeasurable because the available information is insufficient, unavailable, not up-to-date, or not comparable; and

Declaring that the document in question does not fully satisfy the purpose expressed in Resolution CSP25.R4,

RESOLVES:

1. To declare that the mandate adopted by the 25th Pan American Sanitary Conference in this area has not fully been met.
2. To request the Director to present a new document for submission to the Directing Council to be held in 2003.

(Seventh meeting, 26 September 2002)

CSP26.R12 Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in the Americas***THE 26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,***

Recalling Resolution CD32.R12, which requested the Director to provide annual reports on the situation of HIV/AIDS in the Region;

Having seen Document CSP26/7 "Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in the Americas;"

Recognizing that the HIV/AIDS epidemic constitutes a global and regional emergency with far-reaching effects, whose impact on the countries of the Americas can and should be reduced through heightened political, technical, and financial efforts;

Aware of the opportunities for strengthening national responses to the epidemic offered by the goals of the Declaration of the 26th United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS (June 2001); the creation of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria; the Shared Agenda of the Pan American Health Organization, the Inter-American Development Bank, and the World Bank; the advances made in developing subregional and intercountry strategic plans and partnerships, and the rapid progress of the WHO and UNAIDS initiative on accelerated access to antiretroviral drugs in the countries of the Region, as well as WHO's Global Health-Sector Strategy; and

Bearing in mind the Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health, adopted at the Fourth World Trade Organization Ministerial Conference in Doha, Qatar, from 9 to 14 November 2001,

RESOLVES:

1. To urge the Member States to:
 - (a) make the greatest effort to meet the goals of the United Nations Declaration on HIV/AIDS, especially those aimed at preventing HIV infection; providing care, support, and treatment to people living with HIV/AIDS; and reducing the stigma and social exclusion associated with the epidemic;
 - (b) continue to promote and facilitate subregional and intercountry cooperation, forging strategic partnerships that utilize technical and financing agencies and appropriate economic and political forums that can broaden the national and regional response to the HIV/AIDS/STI epidemic in the Americas;

- (c) explore national and regional options to lower the cost of antiretroviral drugs and other public health supplies linked with the fight against HIV/AIDS.
- 2. To request the Director to:
 - (a) strengthen institutional capacity and response to meet the challenges posed by the HIV/AIDS epidemic in the Americas, specifically in regard to the prevention of HIV infection and STIs and the care and treatment of people living with HIV/AIDS;
 - (b) develop a regional strategic framework that supports and strengthens technical cooperation with the Member States and promotes better utilization of new global and regional opportunities, such as the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria; the initiative for accelerated access to antiretroviral drugs; the Global Health-Sector Strategy; and subregional cooperation among countries, within the framework of the interagency collaboration promoted by the United Nations;
 - (c) explore mechanisms to build national capacity for the quality control of generic drugs.
- 3. To thank the Director for the comprehensive annual reports he has presented in compliance with Resolution CD32.R12 adopted by the Directing Council in 1987, and request that he report to the Governing Bodies in the future only when he considers there are significant developments in HIV/AIDS in the Region or in approaches to prevention or control of HIV/AIDS.

(Seventh meeting, 26 September 2002)

CSP26.R13 Regional Strategy for Maternal Mortality and Morbidity Reduction

THE 26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered Document CSP26/14, Regional Strategy for Maternal Mortality and Morbidity Reduction;

Being aware of the unnecessarily high death rate of women as a result of complications from pregnancy and childbirth; and

Taking into account that research results and practical experience have demonstrated that specific interventions, such as Essential Obstetric Care (EOC) and Skilled Attendance at Birth, can reduce the incidence and severity of major complications

associated with pregnancy, childbirth, and the postpartum period for mothers and their newborns,

RESOLVES:

1. To urge the Member States to:
 - (a) adopt the Millennium Summit Declaration goal of reduction of maternal mortality ratios by 75%, from 1990 levels, by the year 2015; improve the intracountry ratios, especially urban-rural disparities, and reduce maternal morbidity;
 - (b) ensure that the reduction of maternal and neonatal morbidity and mortality is a health sector priority and that women and adolescent girls have ready and affordable access to essential obstetric care, well-equipped and adequately staffed maternal health-care services, skilled attendance at delivery, emergency obstetric care, effective referral and transport to higher levels of care when necessary, post-partum care and family planning in order to, *inter alia*, promote safe motherhood;
 - (c) endorse and support evidence-based interventions, such as Essential Obstetric Care and Skilled Attendance at Birth, to reduce maternal mortality and morbidity;
 - (d) adhere to guidelines issued jointly in 1997 by the World Health Organization, the United Nations Children's Fund, and the United Nations Fund for Population Activities, recommending that for every 500,000 people there be four facilities offering basic EOC and one facility offering comprehensive EOC;
 - (e) endorse and support evidence-based health promotion interventions so that women, families, and communities can plan for obstetric complications, identify problems early, and respond appropriately;
 - (f) develop key partnerships between local and national governments, health services, professional associations, women's organizations, and other nongovernmental organizations, in order to enhance efforts to reduce maternal mortality and morbidity, in addition to ensuring interagency collaboration when promoting and implementing maternal mortality and morbidity reduction strategies.
2. To request the Director to:
 - (a) support in establishing and implementing mechanisms to strengthen information and surveillance systems for monitoring progress in the reduction of maternal mortality and morbidity;

- (b) develop mechanisms to assist Member States to make a long-term commitment, both political and programmatic, including financial support within available resources, to implement updated safe motherhood interventions and maternal mortality and morbidity reduction strategies;
- (c) develop, in consultation with the United Nations organizations, a program of work which fully integrates safe, reliable, and high quality family planning methods as well as information; education, and counseling to reduce early and unplanned pregnancies, prevent sexually transmitted infections and HIV/AIDS in the work program of PAHO and at the country level.

(Eighth meeting, 26 September 2002)

CSP26.R14 Creation of a Voluntary Fund for the Reduction of Maternal Mortality in the Americas

THE 26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having examined Document CSP26/14, whereas:

Guaranteeing the life of women throughout pregnancy and childbirth, the moment they give life, is guaranteeing a basic human right;

None of the countries of the Americas has succeeded in meeting the maternal mortality reduction goal set by the World Summit for Children for the year 2000;

It will be difficult to achieve the goal of reducing maternal mortality by 75% by the year 2015, established in the Declaration of the United Nations Millennium Summit, without immediate major efforts and investment by the entire Hemisphere;

The drop in fertility in the vast majority of countries in the Americas has been obtained through national efforts, coupled with a significant financial investment on the part of the United Nations and social development agencies, has contributed to a reduction in the absolute number of maternal deaths, but has been insufficient to lower the risk of a woman dying with each pregnancy; and

Now that the anticipated drop in fertility has been achieved in Latin America and the Caribbean, significant cutbacks are progressively being made in international funding for reproductive health,

RESOLVES:

1. To approve the creation of a Voluntary Fund for the Reduction of Maternal Mortality in the Americas, administered by the Pan American Health Organization.
2. To ensure that resources from this Fund are used to:
 - (a) support countries that present a national plan for this purpose that clearly indicates the action to be taken, as well as the national resources to pay for it to meet the goal of the Millennium Summit;
 - (b) provide matching funds for civil society activities aimed at empowering women and increasing their understanding about pregnancy, childbirth, and the puerperium, and improving their ability to identify eventual problems early on and seek health care;
 - (c) finance national initiatives to raise awareness among local health workers and professionals and train them to adequately deal with the problem;
 - (d) monitor national outcomes.
3. To request the Director to:
 - (a) establish a Voluntary Fund for Reduction of Maternal Mortality in the Americas, and develop the corresponding terms of reference;
 - (b) report to the Directing Council on a timely basis on the Fund's status and progress.

(Eighth meeting, 26 September 2002)

CSP26.R15 Public Health Response to Chronic Diseases

THE 26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered the report of the Director on public health response to chronic diseases (Document CSP26/15);

Recalling Resolution CD42.R9 on cardiovascular diseases, with an emphasis on hypertension, which endorses an integrated approach to the prevention of cardiovascular

diseases through the Actions for the Multifactorial Reduction of Noncommunicable Diseases (CARMEN) initiative; and noting that CARMEN represents an avenue for integrating risk factors and diseases;

Recalling the WHA Resolution WHA 55.23, which urges Member States to collaborate with WHO in developing a global strategy on diet, physical activity, and health for the prevention and control of noncommunicable diseases, based on evidence and best practices, with special emphasis on an integrated approach to improving diets and increasing physical activity, accomplishing all this through the introduction and strengthening of global and regional demonstration projects;

Noting that chronic noncommunicable diseases contribute to 70% of deaths in the Region of the Americas, and that more than half of premature mortality under the age of 70 years is attributed to chronic noncommunicable diseases; and

Alarmed by the increasing cost of noncommunicable diseases to society as a consequence of rapid demographic and epidemiological changes,

RESOLVES:

1. To urge the Member States to:
 - (a) make efforts to document the burden of chronic diseases and their risk factors;
 - (b) endorse the CARMEN initiative as one of the main strategies for integrated prevention of chronic diseases;
 - (c) incorporate cost-effective models of care for chronic conditions in order to improve quality of care and to increase the capacity of primary care to respond to the needs of the population.
2. To request the Director to:
 - (a) provide technical cooperation to Member States in developing an integrated approach to noncommunicable diseases, based on the CARMEN initiative;
 - (b) support Members States to develop and improve surveillance of noncommunicable diseases and their risk factors;

- (c) support and encourage operational research on the effective implementation of programs to prevent and control noncommunicable diseases and reduce their impact;
- (d) support and facilitate the Member States' active participation and contributions to the development of a global strategy on diet, physical activity, and health for the prevention and control of noncommunicable diseases;
- (e) coordinate with other organizations of the United Nations system, country-based institutions, and nongovernmental organizations to support the prevention and control of chronic diseases.

(Eighth meeting, 26 September 2002)

CSP26.R16 Evaluation of the Pan American Center for Sanitary Engineering and Environmental Sciences (CEPIS)

THE 26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having seen Document CSP26/17, Evaluation of the Pan American Center for Sanitary Engineering and Environmental Sciences (CEPIS);

Aware of the full internal evaluation report submitted by the evaluation team to the Director contained in Document CSP26/INF/2;

Bearing in mind Resolution CSP20.R31 of the 20th Pan American Sanitary Conference, requesting the Director to carry out a regular evaluation of each of the Pan American Centers;

Noting with satisfaction that this process has entered a new and expanded stage with the evaluation of CEPIS;

Aware of the recommendations that the internal evaluation team has presented to the Director;

Recalling the discussions on the topic of the Centers at recent sessions of the Subcommittee on Planning and Programming and of the Executive Committee; and

Noting the need to strengthen program evaluation throughout the Bureau,

RESOLVES:

1. To commend the Director for having carried out this comprehensive evaluation and for having reenergized the process of evaluation in general, and that of the Pan American Centers requested by the Conference in 1978.
2. To request the Director to:
 - (a) implement the pertinent recommendations of the evaluation team to ensure the evolution of a strengthened CEPIS, able to serve better the current and emerging needs of Member States in the field of health and environment;
 - (b) conduct a periodic comprehensive evaluation of one of the Pan American Centers each year;
 - (c) strengthen the Bureau's capacity for program evaluation;
 - (d) promote the development of cooperation networks among CEPIS, the Collaborating Centers, and other institutions linked with health and the environment in the countries;
 - (e) present a written management response to the recommendations of the evaluation of CEPIS and of other Pan American Centers as they are evaluated.

(Ninth meeting, 27 September 2002)

CSP26.R17 Meeting of the Health and Environment Ministers of the Americas (HEMA)

THE 26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Recalling Resolution CD43.R15, which instructed the Pan American Sanitary Bureau to work with the Government of Canada and the United Nations Environment Program (UNEP) to convene the Meeting of the Health and Environment Ministers of the Americas (HEMA);

Having considered the report of the HEMA, which took place in Ottawa, 4 and 5 March 2002; and

Recognizing the link between health and the environment; noting the impact on health of environmental factors such as water and sanitation, outdoor and indoor air

pollution, and exposure to agro-industrial chemicals and wastes; and particularly aware of the relationship between environmental conditions and diseases such as diarrhea and respiratory infections,

RESOLVES:

1. To urge the Member States to:
 - (a) work along the lines agreed to in the Ministerial Communiqué in its three defined areas: setting future directions for health and environment in the Americas, issues of common concern and shared goals, and building and sharing capacities to respond to threats;
 - (b) build bridges at the national and local levels between the health and environmental sectors in an inclusive alliance which will call upon actors in the relevant public sector, private sector, and civil society;
 - (c) participate and support the work of the Task Force defined in the Ministerial Communiqué and being convened by the Government of Canada with the collaboration of PAHO and UNEP.
2. To request the Director to:
 - (a) collaborate with the Government of Canada, UNEP, and other international organizations, which will make proposals for the follow-up process on HEMA as registered in the Ministerial Communiqué;
 - (b) integrate the proposals of the Task Force and the work under way in 2002-2003 into PAHO's ongoing technical cooperation work, with special emphasis on the collaboration with countries in capacity-building and the work in hygiene, water and sanitation, air pollution, and chemical safety.
3. To recognize and praise the leadership role of the Government of Canada in promoting collaborative actions between the health and environmental sectors in the construction of sustainable human development.

(Ninth meeting, 27 September 2002)

CSP26.R18 Strategic Plan for the Pan American Sanitary Bureau, 2003-2007

THE 26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having reviewed the Strategic Plan for the Pan American Sanitary Bureau, 2003-2007 (Document CSP26/10);

Mindful of the constitutional function of the Pan American Sanitary Conference in determining the general policies of the Organization; and

Recognizing the need of the Bureau to channel its efforts and resources towards the collective regional health priorities in order to help ensure that all the peoples of the Region enjoy optimal health,

RESOLVES:

1. To approve the Strategic Plan for the Pan American Sanitary Bureau, 2003-2007, with the modifications indicated by the Conference.
2. To request the Director to:
 - (a) take into consideration the Strategic Plan and the resources required for its execution in the development of the biennial program budgets during the period 2003-2007;
 - (b) widely disseminate the document "Strategic Plan for the Pan American Sanitary Bureau, 2003-2007;"
 - (c) undertake annual monitoring and evaluation, as appropriate, of the implementation of the Strategic Plan, on the basis of existing indicators, paying particular attention to the technical cooperation and bring to the attention of the Governing Bodies any need for modifications to the Plan;
 - (d) present an analysis of the existing organizational characteristics and those required for the implementation of the Plan;
 - (e) submit to the next Directing Council proposals reflecting the views of the Director with respect to the Plan and its implementation.

(Ninth meeting, 27 September 2002)

CSP26.R19 Extension of Social Protection in Health: Joint Initiative of the Pan American Health Organization and the International Labour Organization

THE 26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having seen Document CSP26/12, Extension of Social Protection in Health: Joint Initiative of the Pan American Health Organization and the International Labour Organization;

Mindful that the Pan American Health Organization and the International Labour Organization have launched a joint initiative aimed at reducing exclusion in health through the extension of social protection in health;

Having noted the respective Memorandum of Understanding signed between the two organizations;

Having noted the different activities carried out under these arrangements to extend social protection in health in the Region;

Considering that the levels of exclusion in health remain high in the Hemisphere, notwithstanding the efforts and resources invested to improve the situation, which is deteriorating with the growth of the informal economy and the rising levels of poverty, and that innovative criteria must be used in addressing this problem; and

Bearing in mind the importance of redoubling national and hemispheric efforts to guarantee equitable access to health services within the framework of the goal of Health for All, regardless of the ability to pay,

RESOLVES:

1. To urge the Member States to:
 - (a) identify, monitor, and evaluate potential causes of social exclusion in health;
 - (b) consider adopting policies and practices dedicated to the reduction of income inequality, one of the underlying causes of health disparities in the Region;
 - (c) define national strategies to extend social protection in health;
 - (d) include the extension of social protection in health as a guiding element in sectoral reform processes;

- (e) promote processes of social dialogue that will permit the definition of national objectives and strategies in this field;
 - (f) implement national strategies to extend social protection in health, including the participation of the public and private sectors and nongovernmental organizations, where appropriate;
 - (g) give special attention to the social protection in health of migrant populations.
2. To request the Directors of the PASB and ILO to:
- (a) widely disseminate in the countries of the Region the conceptual and methodological documentation characterizing exclusion in health and how to combat it through the extension of social protection in health;
 - (b) work with the Member States to promote a social dialogue on this issue, analysis and discussion of how to address it in the countries, and regional cooperation mechanisms in support of these processes;
 - (c) help countries design and formulate strategies for identifying, monitoring, and evaluating social exclusion, and in designing models for extending social protection in health, based on individual country needs and priorities;
 - (d) continue to promote the extension of social protection in health as a line of work in their cooperation activities in the Region.

(Ninth meeting, 27 September 2002)

CSP26.R20 Health and Aging

THE 26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Taking into account the importance of the Madrid International Plan of Action on Aging, to address the health problems of the older population of the Americas;

Acknowledging the shift of paradigm to healthy and active aging and the efforts made towards reducing the negative stereotypes and misunderstandings about aging since the 25th Pan American Sanitary Conference and its adoption of Resolution CSP25.R6;

Understanding the enormous implications of population aging for many of the health priorities of the Americas; and

Considering the need to promote a comprehensive system to support active healthy aging, in collaboration with other partners,

RESOLVES:

1. To urge the Member States to:
 - (a) build on the momentum created by the 2nd World Assembly on Aging, adopt national policies and plans for the implementation of the International Plan of Action on Aging, and provide adequate support for the implementation of priority areas;
 - (b) advocate for the promotion and protection of the human rights and basic freedoms of older persons;
 - (c) adopt appropriate health promotion priorities for older persons and develop gender- and ethno-specific targets, as well as surveillance strategies in the areas of nutritional health, physical activity, unintentional injury and fall prevention, mental health, and prevention of aggression against older persons;
 - (d) commit to increase the access of older persons, especially those that are resource-poor, to age-appropriate health care, essential drugs, and vaccinations, under the principle of equity;
 - (e) promote initiatives for the development of community-based long-term care options (including supportive housing and assisted living) and regulate the delivery of care in such settings;
 - (f) promote research for the monitoring and evaluation of program effectiveness;
 - (g) develop a plan to train primary health workers and other health professionals at the undergraduate and graduate levels in the basics of health promotion and the fundamentals of appropriate health care for older persons and of geriatric medicine.
2. To request the Director to:
 - (a) support regional implementation of the International Plan of Action on Aging, in coordination with other collaborating partners;

- (b) assist the Member States in developing healthy aging targets and indicators;
- (c) encourage the Member States to develop coordinated community-based strategies to support active aging and to disseminate information in this regard;
- (d) help the Member States work toward the development of enabling and supportive environments for older persons, including regulated long-term care facilities.

(Ninth meeting, 27 September 2002)

CSP26.R21 Women, Health, and Development

THE 26th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered the report of the Director on women, health, and development (Document CSP26/16);

Taking into account the inadequacies of current information and surveillance systems for documenting the health situation and trends in women's health and the existing gender inequities in health;

Aware that policies for reducing gender inequities require information for their formulation and evaluation; and

Bearing in mind the ongoing initiatives of other agencies of the United Nations system,

RESOLVES:

1. To urge the Member States to:
 - (a) assign a high priority to establishing and financing information systems on gender differences in health and development; and to the collection, processing, and presentation of health information disaggregated by sex;
 - (b) promote the participation of users and producers of information about gender and health issues from both government and civil society;
 - (c) incorporate gender-based analysis in the formulation and monitoring of policies and in the initial and ongoing education of health care providers and to ensure access to gender-sensitive health programs that address the health needs of women throughout their lives, taking into account their multiple roles and responsibilities.

2. To request the Director to:
- (a) stimulate and support the production, dissemination, and analysis of data disaggregated by sex, incorporating data on interventions in the areas of gender, social class, ethnicity, and social territories;
 - (b) support the periodic production of statistical bulletins and health profiles on gender, health, and development;
 - (c) stimulate and support technical cooperation among countries in the development, analysis, and use of information on gender and health;
 - (d) continue efforts to integrate gender into the work of the Organization, in particular in the strategic planning process and its follow-up;
 - (e) incorporate a gender perspective in health analysis so as to target policies and programs more effectively and to develop and implement models that address gender inequities in health in an integrated manner;
 - (f) address the need for more in-depth studies on the perception of health service providers, for the identification and explanation of the health problems of men and women.

(Ninth meeting, 27 September 2002)

Decisions

CSP26(D1) Committee on Credentials

Three delegates, from Costa Rica, Guyana, and Peru, respectively, were appointed to serve as the Committee on Credentials.

(First meeting, 23 September 2002)

CSP26(D2) Election of Officers

Ecuador (Dr. Patricio Jamriska) was elected to the Presidency, Antigua and Barbuda (Hon. Senator Samuel Aymer) and Panama (Dr. Fernando Gracia García) to the two Vice Presidencies, and Uruguay (Dr. Beatriz Rivas) to the office of Rapporteur.

(First meeting, 23 September 2002)

CSP26(D3) *Working Party to Study the Application of Article 6.B of the PAHO Constitution*

Three delegates, from Bahamas, Canada, and Chile, respectively, were elected to serve as the Working Party to Study the Application of Article 6.B of the PAHO Constitution.

(First meeting, 23 September 2002)

CSP26(D4) *General Committee*

Three Delegates, from Cuba, Mexico, and United States of America, respectively, were elected members of the General Committee.

(First meeting, 23 September 2002)

CSP26(D5) *Agenda*

The agenda was adopted without change.

(First meeting, 23 September 2002)

CSP26(D6) *Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for 2000-2001*

The Conference took note of the Reports of the Director and Report of the External Auditor for 2000-2001.

(Third meeting, 24 September 2002)

CSP26(D7) *Reports of the Pan American Sanitary Bureau: Charting a Future for Health in the Americas, Quadrennial Report of the Director; Health in the Americas; Public Health in the Americas; Health in the Americas; Public Health in the Americas*

The Conference took note of the Reports of the Pan American Sanitary Bureau.

(First meeting, 23 September 2002)

CSP26(D8) Annual Report of the President of the Executive Committee

The Conference took note of the report of the President of the Executive Committee on the activities of the Committee and its subcommittees in the period between September 2001 and September 2002.

(Second meeting, 23 September 2002)

CSP26(D9) Selection of One Member State Entitled to Designate a Representative to the International Coordination Council of the Pan American Institute for Food Protection and Zoonoses (INPPAZ)

Brazil was selected to designate a representative to the International Coordination Council of the Pan American Institute for Food Protection and Zoonoses (INPPAZ) for a three-year term beginning 1 January 2003.

(Fifth meeting, 25 September 2002)

IN WITNESS WHEREOF, the President of the 26th Pan American Sanitary Conference and the Secretary ex officio sign the present Final Report in the English and Spanish languages, the two texts being equally authentic.

DONE in Washington, D.C., United States of America, on this twenty-seventh day of September, two thousand and two. The Secretary shall deposit the original texts in the archives of the Pan American Sanitary Bureau and shall send copies thereof to the Member States of the Organization.

Hon. Senator Samuel Aymer
Vice President of the 26th Pan American Sanitary Conference
Delegate of Antigua and Barbuda

George A. O. Alleyne
Secretary ex officio
Director of the Pan American Sanitary Bureau

AGENDA

1. OPENING OF THE SESSION

2. PROCEDURAL MATTERS

- 2.1 Appointment of the Committee on Credentials
- 2.2 Election of the President, Two Vice Presidents, and the Rapporteur
- 2.3 Establishment of a Working Party to Study the Application of Article 6.B of the PAHO Constitution
- 2.4 Establishment of the General Committee
- 2.5 Adoption of the Agenda

3. CONSTITUTIONAL MATTERS

- 3.1 Annual Report of the President of the Executive Committee
- 3.2 Reports of the Pan American Sanitary Bureau
 - (a) Annual Report, 2001, and Quadrennial Report, 1998-2001, of the Director of the Pan American Sanitary Bureau
 - (b) Health in the Americas
 - (c) Public Health in the Americas
- 3.3 Election of the Director of the Pan American Sanitary Bureau and Nomination of the Regional Director of the World Health Organization for the Americas
- 3.4 Election of Three Member States to the Executive Committee on the Expiration of the Periods of Office of Bolivia, Canada, and Guyana

4. PROGRAM POLICY MATTERS

- 4.1 Provisional Draft of the Program Budget of the World Health Organization for the Region of the Americas for 2004-2005
- 4.2 Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in the Americas
- 4.3 Vaccines and Immunization
- 4.4 Evaluation of the Strategic and Programmatic Orientations 1999-2002
- 4.5 Strategic Plan for the Pan American Sanitary Bureau for the Period 2003-2007
- 4.6 Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)
- 4.7 Extension of Social Protection in Health: Joint Initiative of the Pan American Health Organization and the International Labour Organization
- 4.8 Health and Aging
- 4.9 Regional Strategy for Maternal Mortality and Morbidity Reduction
- 4.10 Public Health Response to Chronic Diseases
- 4.11 Women, Health, and Development
- 4.12 Evaluation of the Pan American Center for Sanitary Engineering and Environmental Sciences (CEPIS)

5. ADMINISTRATIVE AND FINANCIAL MATTERS

- 5.1 Report on the Collection of Quota Contributions
- 5.2 PAHO Financial Regulations
- 5.3 Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for 2000-2001
- 5.4 Amendments to the Staff Rules and Staff Regulations of the Pan American Sanitary Bureau

6. COMMITTEE MATTERS

- 6.1 Selection of One Member State Entitled to Designate a Representative to the International Coordination Council of the Pan American Institute for Food Protection and Zoonoses (INPPAZ), on the Expiration of the Period of Office of Colombia

7. AWARDS

- 7.1 PAHO Award for Administration, 2002
- 7.2 Abraham Horwitz Award for Inter-American Health, 2002
- 7.3 Manuel Velasco Suárez Bioethics Award

8. GENERAL INFORMATION MATTERS

- 8.1 Report on the Meeting of the Health and Environment Ministers of the Americas (HEMA)
- 8.2 Report of the Advisory Committee on Health Research
- 8.3 Resolutions and Other Actions of the Fifty-fifth World Health Assembly of Interest to the Regional Committee

9. OTHER MATTERS

LIST OF DOCUMENTS

Document No.	Title
<i>Official Documents</i>	
<i>Off. Doc. 305</i>	Financial Report of the Director and Report of the External Auditor, 1 January 2000 – 31 December 2001
<i>Off. Doc. 306</i>	Charting a Future for Health in the Americas, Quadrennial Report of the Director
<i>Working Documents</i>	
CSP26/1, Rev. 2	Agenda
CSP26/2	List of Participants
CSP26/3	Annual Report of the President of the Executive Committee
CSP26/4	Election of the Director of the Pan American Sanitary Bureau and Nomination of the Regional Director of the World Health Organization for the Americas
CSP26/5	Election of Three Member States to the Executive Committee on the Expiration of the Periods of Office of Bolivia, Canada, and Guyana
CSP26/6	Provisional Draft of the Program Budget of the World Health Organization for the Region of the Americas for the Financial Period 2004-2005
CSP26/7	Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in the Americas
CSP26/8	Vaccines and Immunization
CSP26/9	Evaluation of the Strategic and Programmatic Orientations 1999-2002

Document No.	Title
<i>Working Documents (cont.)</i>	
CSP26/10	Strategic Plan 2003-2007 for the Pan American Sanitary Bureau
CSP26/11	Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)
CSP26/12	Extension of Social Protection in Health: Joint Initiative of the Pan American Health Organization and the International Labour Organization
CSP26/13	Health and Aging
CSP26/14	Regional Strategy for Maternal Mortality and Morbidity Reduction
CSP26/15	Public Health Response to Chronic Diseases
CSP26/16	Women, Health, and Development
CSP26/17	Evaluation of the Pan American Center for Sanitary Engineering and Environmental Sciences (CEPIS)
CSP26/18, Adds. I and II	Report on the Collection of Quota Contributions
CSP26/19	PAHO Financial Regulations
CSP26/20	Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for 2000-2001
CSP26/21, Add. I	Amendments to the Staff Rules and Staff Regulations of the Pan American Sanitary Bureau
CSP26/22	Selection of one Member State Entitled to Designate a Representative to the International Coordination Council of the Pan American Institute for Food Protection and Zoonoses (INPPAZ) on the Expiration of the Period of Office of Colombia

Document No.	Title
<i>Working Documents (cont.)</i>	
CSP26/23	PAHO Award for Administration, 2002
CSP26/24	Abraham Horwitz Award for Inter-American Health, 2002
CSP26/25	Manuel Velasco Suárez Bioethics Award, 2002
CSP26/26	Resolutions and Other Actions of the Fifty-fifth World Health Assembly of Interest to the Regional Committee
CSP26/27	Report on the Meeting of the Health and Environment Ministers of the Americas (HEMA)
CSP26/28	Report of the Advisory Committee on Health Research
<i>Information Documents</i>	
CSP26/INF/1	Evaluation of the Strategic and Programmatic Orientations 1999-2002
CSP26/INF/2	Evaluation of the Pan American Center for Sanitary Engineering and Environmental Sciences
CSP26/INF/3	Status Report on Malaria Programs in the Americas
CSP26/INF/4	Statistics on PASB/WHO Staff
CSP26/INF/5	Draft Provisional Agendas: Executive Board (111 th Session), Fifty-sixth World Health Assembly

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**MEMBER STATES
ESTADOS MIEMBROS**

**ANTIGUA AND BARBUDA
ANTIGUA Y BARBUDA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Senator Samuel Aymer
Chief Adviser to the Minister of Health
Ministry of Health and Social Improvement
St. John's

Delegate – Delegado

Mr. Lionel Alexander Hurst
Ambassador to the United States of America
Permanent Representative of Antigua and Barbuda to the
Organization of American States
Washington, D.C.

ARGENTINA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Ginés González García
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Buenos Aires

MEMBER STATES (cont.)
ESTADOS MIEMBROS (cont.)

ARGENTINA (cont.)

Delegates – Delegados

Sr. Rodolfo H. Gil
Embajador
Representante Permanente de Argentina ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Dr. Carlos Vizzotti
Subsecretario de Relaciones Sanitarias Internacionales
e Investigación en Salud
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Alternates – Alternos

Sra. Silvia Meregá
Ministro
Representante Permanente Alterna de Argentina ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Mauricio Alice
Secretario
Representante Alterno de Argentina ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Lic. Leonardo di Pietro Paolo
Jefe de Asesores del Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Buenos Aires

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

BAHAMAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Senator Marcus C. Bethel
Minister of Health
Ministry of Health
Nassau

Delegates – Delegados

Mr. Joshua Sears
Ambassador of the Commonwealth and Permanent Representative
of the Bahamas to the Organization of American States
Washington, D.C.

Dr. Merceline Dahl-Regis
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Nassau

Alternates – Alternos

Ms. Elma Garraway
Permanent Secretary
Ministry of Health
Nassau

Dr. Baldwin Carey
Director of Public Health
Ministry of Health
Nassau

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

BAHAMAS (*cont.*)

Alternates – Alternos (*cont.*)

Dr. M. Perry Gomez
Director of the National AIDS Program
Ministry of Health
Nassau

Mrs. Edda Dumont-Adolph
Counsellor
Embassy of the Bahamas to the
United States of America
Washington, D.C.

BARBADOS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Jerome X. Walcott
Minister of Health
Ministry of Health
St. Michael

Delegates – Delegados

Mr. Lionel Weekes
Permanent Secretary
Ministry of Health
St. Michael

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

BARBADOS (*cont.*)

Delegates – Delegados (*cont.*)

Dr. Beverly Miller
Chief Medical Officer
Ministry of Health
St. Michael

Alternates – Alternos

Mr. Michael I. King
Ambassador of Barbados to the United States of America
Washington, D.C.

Ms. Joyce Bourne
Counsellor
Embassy of Barbados to the United States of America
Washington, D.C.

BELIZE
BELICE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. José Coye
Minister of Health and the Public Service
Ministry of Health and the Public Service
Belmopan

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

BELIZE (*cont.*)

BELICE (*cont.*)

Delegate – Delegado

Mr. Henry Anderson
Chief Executive Officer
Ministry of Health and the Public Service
Belmopan

BOLIVIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Javier Torres Goitia Caballero
Ministro de Salud y Previsión Social
Ministerio de Salud y Previsión Social
La Paz

Delegates – Delegados

Dr. Ricardo Martínez
Ministro Consejero
Misión Permanente de Bolivia ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. María del Carmen Oblitas
Segundo Secretario
Misión Permanente de Bolivia ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES (cont.)
ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BOLIVIA (cont.)

Alternates – Alternos

Sra. María Cristina Aparicio
Primer Secretario
Misión Permanente de Bolivia ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. José Larrea
Asistente del Agregado Naval
Misión Permanente de Bolivia ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

BRAZIL
BRASIL

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Otávio Azevedo Mercadante
Secretário-Executivo
Ministério da Saúde
Brasília

Delegate – Delegado

Dra. Beatriz Helena Carvalho Tess
Diretora
Departamento de Ciencia e Tecnologia em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

MEMBER STATES (cont.)
ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BRAZIL (cont.)

BRASIL (cont.)

Alternates – Alternos

Sr. Paulo Roberto Amora Alvarenga
Secretário
Representante Alterno da Missão do Brasil junto a
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

Dr. José Marcos Nogueira Viana
Secretário
Assessor Especial
Secretaria de Estado de Comunicação de Governo da
Presidência da República
Brasília

CANADA
CANADÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Munir A. Sheikh
Associate Deputy Minister
Health Canada
Ottawa

Delegates – Delegados

Mr. Ed Aiston
Director General
Health Canada
International Affairs Directorate
Ottawa

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

CANADA (*cont.*)

CANADÁ (*cont.*)

Delegates – Delegados

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

Alternates – Alternos

Mr. David Strawczynski
Program Officer
Health Canada
International Affairs Directorate
Ottawa

Ms. Judith Sullivan
Senior Health Specialist
Americas Branch
Canadian International Development Agency
Health Canada
Ottawa

Mr. Douglas Williams
Chief, Mine Action Unit
Multilateral Branch
Canadian International Development Agency
Health Canada
Ottawa

Mr. David Keithlin
Counselor and Alternative Representative
Permanent Mission of Canada to the
Organization of American States
Washington, D.C.

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

CANADA (*cont.*)
CANADÁ (*cont.*)

Alternates – Alternos (*cont.*)

Ms. Basia Manitiuis
Alternate Representative
Permanent Mission of Canada to the
Organization of American States
Washington, D.C.

Dr Richard Massé
Sous-ministre adjoint
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Gouvernement du Québec
Québec

Mr. Gerry White
Assistant Deputy Minister
Government Agency Relations
Department of Health and Community Services
Government of Newfoundland
Newfoundland

Ms. Dawn Walker
Executive Director
Canadian Institute of Child Health
Ottawa

Dr. Gwyn Kutz
Chargé d'affaires
Permanent Mission of Canada to the
Organization of American States
Washington, D.C.

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

CHILE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Osvaldo Artaza
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Santiago

Delegates – Delegados

Dr. Fernando Muñoz
Jefe, División de Rectoría y Regulación Sanitaria
Ministerio de Salud
Santiago

Alternates – Alternos

Dra. Raquel Child
Jefa, Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

Sr. Christian Blasco
Segundo Secretario
Representación Permanente de Chile ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

COLOMBIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sr. Humberto de la Calle Lombana
Embajador
Representante Permanente de Colombia ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

COLOMBIA (*cont.*)

Delegates – Delegados

Dr. Juan Gonzalo López Casas
Viceministro de Salud
Ministerio de Salud
Santa Fe de Bogotá

Sr. Jorge Mario Echeverri
Primer Secretario
Misión Permanente de Colombia ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

COSTA RICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
San José

Delegates – Delegados

Dr. Walter Niehaus
Embajador
Misión Permanente de Costa Rica ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

COSTA RICA (*cont.*)

Delegates – Delegados (*cont.*)

Sr. Luis E. Guardia
Embajador
Representante Alterno
Misión Permanente de Costa Rica ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternate – Alterno

Sra. Roxana Terán Victory
Ministra Consejera
Misión Permanente de Costa Rica ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

CUBA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Damodar Peña Pentón
Ministro de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Delegate – Delegado

Dr. Néstor Marimón Torres
Director de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud Pública
La Habana

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

CUBA (*cont.*)

Alternates – Alternos

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

Sr. Asdrúbal de la Vega Orellana
Primer Secretario de la Misión de Cuba ante
la Organización de las Naciones Unidas
New York

Sra. Marisabel de Miguel Fernández
Segundo Secretario
Sección Intereses de Cuba
Washington, D.C.

DOMINICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Herbert Sabaroche
Minister of Health and Social Security
Ministry of Health and Social Security
Roseau

DOMINICAN REPUBLIC
REPÚBLICA DOMINICANA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. José Rodríguez Soldevila
Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social
Santo Domingo

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

DOMINICAN REPUBLIC (*cont.*)
REPÚBLICA DOMINICANA (*cont.*)

Delegates – Delegados

Lic. Ramón Quiñones
Embajador
Representante Permanente de la República Dominicana ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Srta. Daverba Ortíz
Primer Secretario
Representante Alterna de la República Dominicana ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

ECUADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación (23 to 26 September 2002)

Dr. Patricio Jamriska
Ministro de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Quito

Chief Delegate – Jefe de Delegación (27 September 2002)

Dr. Efraín Baús
Representante Interino del Ecuador ante la
Organización de Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

ECUADOR (*cont.*)

Delegates— Delegados

Dr. Carlos Rodrigo Cepeda Puyol
Subsecretario General de Salud
Ministerio de Salud Pública
Quito

Dr. Hernán Vinelli
Coordinador del Programa PANN 2000
Ministerio de Salud Pública
Quito

EL SALVADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. José Francisco López Beltrán
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
San Salvador

Delegate – Delegado

Dr. Carlos Alfredo Rosales
Director de Planificación
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
San Salvador

Alternate – Alterno

Sr. Arthur Guth Gokisch
Consejero
Misión Permanente de El Salvador ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

FRANCE
FRANCIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mme Sylvie Alvarez
Ambassadrice
Observatrice permanente de la France près de
l'Organisation des États Américains
Washington, D.C.

Delegate – Delegado

Mme Michèle Ooms
Chargée de Mission
Santé publique au Ministère des Affaires étrangères
Paris

Alternate – Alterno

Mme Marie-Anne Courrian
Observatrice permanente adjointe de la France près de
l'Organisation des États Américains
Washington, D.C.

GRENADA
GRANADA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Denis G. Antoine
Ambassador, Permanent Representative of Grenada to the
Organization of American States
Washington, D.C.

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

GRENADA (*cont.*)
GRANADA (*cont.*)

Delegates – Delegados

Mr. Dave Duncan
Medical Health Officer
Ministry of Health and the Environment
St. George's

Ms. Ann D. George
Embassy of Grenada to the United Nations
New York

GUATEMALA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Mario Bolaños Duarte
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

Delegates – Delegados

Dr. Arturo Duarte Ortiz
Embajador
Misión Permanente de Guatemala ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Dr. Israel Lemus Bojorquez
Director General del Sistema Integral de Salud
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

MEMBER STATES *(cont.)*
ESTADOS MIEMBROS *(cont.)*

GUATEMALA *(cont.)*

Alternate – Alterno

Sr. Carlos Enrique Chopén Choc
Primer Secretario
Misión Permanente de Guatemala ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

GUYANA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Leslie Ramsammy
Minister of Health
Ministry of Health and Labour
Georgetown

Delegates – Delegados

Dr. Odeen Ishmael
Ambassador to the United States of America and
Permanent Representative of Guyana to the
Organization of American States
Washington, D.C.

HAITI
HAITÍ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr Henri-Claude Voltaire
Ministre de la Santé publique et de la Population
Ministère de la Santé publique et de la Population
Port-au-Prince

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

HAITI (*cont.*)
HAÏTÍ (*cont.*)

Delegate – Delegado

Dr Claude Surena
Directeur du Cabinet
Ministère de la Santé publique et de la Population
Port-au-Prince

HONDURAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Lic. Elías Lizardo Zelaya
Secretario de Salud
Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
Tegucigalpa

Delegates – Delegados

Dr. Humberto Consenza Jiménez
Secretario Ejecutivo de Cooperación Externa
Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
Tegucigalpa

Sr. Salvador Rodezno
Embajador
Representante Permanente de Honduras ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

JAMAICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Barrington Wint
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Kingston

Delegates – Delegados

Dr. Karen Lewis-Bell
Director, Family Health Services
Ministry of Health
Kingston

Ms. Delrose E. Montague
Minister
Alternate Representative
Permanent Mission of Jamaica to the
Organization of American States
Washington, D.C.

MEXICO
MÉXICO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Julio Frenk Mora
Secretario de Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

MEXICO (*cont.*)
MÉXICO (*cont.*)

Delegates – Delegados

Dr. Jaime Sepúlveda Amor
Director General
Instituto Nacional de Salud Pública
México, D.F.

Sr. Miguel Ruiz-Cabañas
Embajador
Representante Permanente de México
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

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

Dra. Blanca Rico Galindo
Coordinadora del Programa Mujer y Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Hilda Dávila Chávez
Directora de Asuntos Bilaterales y Regionales Americanos
Secretaría de Salud
México, D.F.

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

MEXICO (*cont.*)
MÉXICO (*cont.*)

Alternates – Alternos (*cont.*)

Sr. Ernesto Campos Tenorio
Ministro, Representante Alterno
Misión Permanente de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Lic. Manuel Herrera Rábago
Misión Permanente de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Lic. Juan Sandoval
Misión Permanente de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Lic. Marcelina Cruz
Misión Permanente de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Ing. Flavio González
Misión Permanente de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

NETHERLANDS
PAÍSES BAJOS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mrs. Islelly Pikerie
Minister of Health and Social Development
Curaçao

Delegates – Delegados

Mr. Keith Carlo
Director
Department of Social Development
Curaçao

Dr. Bernard Whiteman
Director
Department of Public Health
Curaçao

Alternate – Alterno

Mr. Ronald Antonius
Advisor to the Minister
Department of Public Health
Curaçao

NICARAGUA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Leandro Marín Abaunza
Embajador
Representante Permanente de Nicaragua ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

NICARAGUA (*cont.*)

Delegates – Delegados

Sr. Carlos A. Gómez
Ministro Consejero
Misión Permanente de Nicaragua ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Carmen Marina Gutiérrez Salazar
Ministro Consejero
Misión Permanente de Nicaragua ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

PANAMA
PANAMÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Fernando Gracia García
Ministro de Salud
Ministerio Nacional de Salud
Ciudad de Panamá

Delegates – Delegados

Sr. Raúl de Saint Malo
Director Nacional de Asuntos Internacionales
Ministerio Nacional de Salud
Ciudad de Panamá

Lic. Claudia Guerrero
Subdirectora Nacional de Asuntos Internacionales
Ministerio Nacional de Salud
Ciudad de Panamá

MEMBER STATES (cont.)
ESTADOS MIEMBROS (cont.)

PARAGUAY

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Martín Antonio Chiola Villagra
Ministro de Salud Pública y Bienestar Social
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Asunción

Delegates – Delegados

Sr. Luis Enrique Chase Plate
Embajador
Representante Permanente del Paraguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Elisa Ruíz Díaz
Ministra
Representante Alternativa del Paraguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Sr. Alvaro Díaz de Vivar
Segundo Secretario
Representante Alternativo del Paraguay
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Dr. Roberto E. Dullak Peña
Director General de Planificación y Evaluación
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Asunción

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

PERU
PERÚ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Fernando Carbone Campoverde
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Lima

Delegates – Delegados

Sr. Eduardo Ferrero Costa
Embajador
Representante Permanente del Perú ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Dr. Luis Canales Cárdenas
Director General
Oficina de Financiamiento, Inversiones y Cooperación Externa
Ministerio de Salud
Lima

Alternate – Alterno

Sr. Jorge Wurst
Consejero
Representante Alterno del Perú ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES (cont.)
ESTADOS MIEMBROS (cont.)

SAINT KITTS AND NEVIS
SAINT KITTS Y NEVIS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Earl Martin
Minister of Health and Environment
Ministry of Health and Environment
Basseterre

Delegate – Delegado

Ms. Jasmine Huggins
Counselor
Alternate Representative of Saint Kitts and Nevis
to the Organization of American States
Washington, D.C.

SAINT LUCIA
SANTA LUCÍA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Damian Greaves
Minister of Health, Human Services, and Family Affairs
Ministry of Health, Human Services, and Family Affairs
Castries

Delegates – Delegados

Ms. Sonia M. Johnny
Ambassador
Permanent Representative of Saint Lucia to the
Organization of American States
Washington, D.C.

MEMBER STATES (cont.)
ESTADOS MIEMBROS (cont.)

SAINT LUCIA (cont.)
SANTA LUCÍA (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Mr. Albert Preville
Vice-Consul
Permanent Mission of Saint Lucia to the
Organization of American States
Washington, D.C.

SAINT VINCENT AND THE GRENADINES
SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Ellsworth John
Ambassador
Permanent Representative of Saint Vincent and the Grenadines
to the Organization of American States
Washington, D.C.

SURINAME

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Rinia Codfried-Kranenburg
Director of Health
Ministry of Health
Paramaribo

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

TRINIDAD AND TOBAGO
TRINIDAD Y TABAGO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Hamid O'Brien
Permanent Secretary
Ministry of Health
Port-of-Spain

Delegate – Delegado

Dr. Pooran Ramlal
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Port-of-Spain

UNITED KINGDOM
REINO UNIDO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sir Liam Donaldson
Chief Medical Officer
Department of Health
London

Delegates – Delegados

Dr. Pat Troop
Deputy Chief Medical Officer
Department of Health
London

MEMBER STATES (cont.)
ESTADOS MIEMBROS (cont.)

UNITED KINGDOM (cont.)
REINO UNIDO (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Dr. Wendy Ann Thorne
Senior Public Health Advisor
Department of Health
London

Alternates – Alternos

Hon. Ethlyn Smith
Minister for Health and Welfare
Ministry of Health and Welfare
British Virgin Islands

Dr. Irad Potter
Director of Health Services
Ministry of Health and Welfare
British Virgin Islands

UNITED STATES OF AMERICA
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Tommy G. Thompson
Secretary of Health and Human Services
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

MEMBER STATES *(cont.)*
ESTADOS MIEMBROS *(cont.)*

UNITED STATES OF AMERICA *(cont.)*
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA *(cont.)*

Delegates – Delegados

Hon. Claude A. Allen
Deputy Secretary
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Mr. R. Terrell Miller
Deputy Assistant Secretary
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Ms. Ann S. Blackwood
Director for Health Programs
Office of Technical and Specialized Agencies
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Mr. Robert B. Blair
Adviser for the Western Hemisphere and Africa
Office of International Health Affairs
Bureau of Oceans and International
Environmental and Scientific Affairs
Department of State
Washington, D.C.

MEMBER STATES *(cont.)*
ESTADOS MIEMBROS *(cont.)*

UNITED STATES OF AMERICA *(cont.)*
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA *(cont.)*

Alternates – Alternos *(cont.)*

Dr. Stephen Blount
Associate Director
Office on Global Health
Centers for Disease Control and Prevention
Department of Health and Human Services
Atlanta, Georgia

Ms. Carol J. Dabbs
Population, Health, and Nutrition Team Leader
Office for Regional Sustainable Development
Bureau for Latin America and the Caribbean
Agency for International Development
Washington, D.C.

Ms. Virginia Gidi
International Health Officer
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

Ms. Lisa E. Jacobson
Program Analyst
Office of the United Nations System Administration
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Mr. William Steiger
Special Assistant to the Secretary for International Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

UNITED STATES OF AMERICA (*cont.*)
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (*cont.*)

Alternates – Alternos (*cont.*)

Ms. Mary Lou Valdez
Associate Director for Multilateral Affairs
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

Mr. Richard S. Walling
Director, Office of the Americas and Middle East
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

URUGUAY

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Alfonso Varela
Ministro de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

Delegate – Delegado

Dr. Carlos Salveraglio
Asesor del Ministro de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

MEMBER STATES (cont.)
ESTADOS MIEMBROS (cont.)

URUGUAY (cont.)

Alternates – Alternos

Sr. Jorge Sere
Ministro Consejero
Misión Permanente del Uruguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Dra. Beatriz Rivas
Directora de Cooperación Internacional
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

VENEZUELA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sr. Jorge Valero
Embajador
Representante Permanente de Venezuela ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Dr. Francisco Armada
Director General de Salud Ambiental y
Contraloría Sanitaria
Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Caracas

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

VENEZUELA (*cont.*)

Delegates – Delegados (*cont.*)

Dra. Luisa López
Viceministro de Salud y Desarrollo Social
Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Caracas

Alternates – Alternos

Sr. Marco Palavicini
Primer Secretario
Representante Alterno de Venezuela
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

**ASSOCIATE MEMBERS
MIEMBROS ASOCIADOS**

PUERTO RICO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Aida González Gregory
Subsecretaria de Salud
Departamento de Salud
San Juan

Delegate – Delegado

Dr. Raúl G. Castellanos Bran
Director
Oficina de Coordinación de OPS/OMS Puerto Rico
Departamento de Salud
San Juan

**OBSERVER STATES
ESTADOS OBSERVADORES**

**SPAIN
ESPAÑA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sra. Paloma Alonso Cuesta
Subdirectora General de Relaciones Internacionales
Ministerio de Sanidad y Consumo
Madrid

OBSERVER STATES *(cont.)*
ESTADOS OBSERVADORES *(cont.)*

SPAIN *(cont.)*
ESPAÑA *(cont.)*

Delegates – Delegados

Dra. María Luisa García Tuñón
Jefa del Servicio de Cooperación Internacional
Subdirección General de Relaciones Internacionales
Ministerio de Sanidad y Consumo
Madrid

Sr. Enrique Asorey Brey
Observador Permanente Adjunto
Misión Observadora Permanente de España ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

OBSERVER STATE TO THE REGIONAL COMMITTEE
ESTADO OBSERVADOR AL COMITÉ REGIONAL

EGYPT
EGIPTO

Prof. Ismail Sallam
Cairo

**REPRESENTATIVES OF THE EXECUTIVE COMMITTEE
REPRESENTANTES DEL COMITÉ EJECUTIVO**

Hon. Dr. Leslie Ramsammy
Minister of Health
Ministry of Health and Labour
Brickdam
Georgetown, Guyana

Dr. Alfonso Varela
Ministro de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Montevideo, Uruguay

**FORMER DIRECTORS OF PASB
EX DIRECTORES DE LA OSP**

Dr. Héctor R. Acuña
México

Dr. Carlyle Guerra de Macedo
Brasil

**AWARD WINNERS
GANADORES DE LOS PREMIOS**

**PAHO Award for Administration, 2002
Premio OPS en Administración, 2002**

Dr. Hugo Mendoza
República Dominicana

**Abraham Horwitz Award for Inter-American Health, 2002
Premio Abraham Horwitz en Salud Interamericana, 2002**

Prof. Leonard Duhl
United States of America

**Manuel Velasco Suárez Bioethics Award
Premio de Bioética Manuel Velasco Suárez**

Dr. Deborah Diniz
Brasil

**UNITED NATIONS AND SPECIALIZED AGENCIES
NACIONES UNIDAS Y AGENCIAS ESPECIALIZADAS**

**International Labour Organization
Organización Internacional del Trabajo**

Mr. Emmanuel Reynaud
Mr. Cristian Baeza
Mr. Pedro Francisco Crocco

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

Dr. Osvaldo Legón

**REPRESENTATIVES OF INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES INTERGUBERNAMENTALES**

**Caribbean Community
Comunidad del Caribe**

Dr. James St. Catherine
Mr. Carl F. Browne

**Hipólito Unanue Agreement
Convenio Hipólito Unanue**

Dr. Mauricio Bustamante

REPRESENTATIVES OF INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS *(cont.)*
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES INTERGUBERNAMENTALES *(cont.)*

Inter-American Development Bank
Banco Interamericano de Desarrollo

Sr. Alfredo Solari

Organization of American States
Organización de Estados Americanos

Mr. Paul Spencer

The World Bank
Banco Mundial

Ms. Evangeline Javier
Mr. Patricio V. Márquez
Ms. María Colchao
Ms. Isabella Danel

**REPRESENTATIVES OF NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES**

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

Mr. Horst Otterstetter
Mr. Luiz Augusto de Lima Pontes

**International Association for Adolescent Health
Asociación Internacional de Salud de los Adolescentes**

Dr. Richard Brown

**International Association for Dental Research
Asociación Internacional para Investigación Dental**

Ms. Alice Horowitz

**International College of Surgeons
Colegio Internacional de Cirujanos**

Dr. Masao S. Yu

**International Confederation of Midwives
Confederación Internacional de Parteras**

Ms. Gwen Brumbaugh Keeney

**International Federation of Gynecology and Obstetrics
Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia**

Ms. Janet Chapin

REPRESENTATIVES OF NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS (cont.)
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES (cont.)

International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations
Federación Internacional de la Industria del Medicamento

Ms. Susan Crowley

International Hospital Federation
Federación Internacional de Hospitales

Ms. Pamela Thompson

International Pharmaceutical Federation
Federación Internacional Farmacéutica

Dr. Rodrigo Salas Sánchez

International Society of Doctors for the Environment
Asociación Internacional de Médicos para el Medio Ambiente

Dr. Lilian Corra
Dr. Cathey Falvo

International Society of Nurses in Cancer Care
Asociación Internacional de Enfermeras en Cancerología

Ms. Vernice Ferguson

Latin American Association of the Pharmaceutical Industry
Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas

Dr. Rubén Abete

REPRESENTATIVES OF NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS (cont.)
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES (cont.)

Latin American Confederation of Clinical Biochemistry
Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica

Lic. Maritza Flores
Lic. Elba Suarez de Vargas

Latin American Federation of Hospitals
Federación Latinoamericana de Hospitales

Dr. Norberto Larroca
Dr. Héctor Vazzano

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

Ms. Hilda Abreu
Dr. Sergio González

March of Dimes

Dr. Mary-Elizabeth Reeve

Medical Women's International Association
Asociación Internacional de Mujeres Médicas

Dr. Roselyn Epps

Pan American Federation of Nursing Professionals
Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería

Ms. Eucléa Gomes Vale

REPRESENTATIVES OF NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS (cont.)
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES (cont.)

The National Alliance for Hispanic Health
La Alianza Nacional para la Salud Hispana

Ms. Jeannie Suárez-Reyes

United States Pharmacopeia

Dr. Enrique Fefer
Ms. Jennifer Devine

World Association for Psychosocial Rehabilitation
Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial

Dr. Anne Alexander Marshall

World Association for Sexology
Asociación Mundial de Sexología

Dr. Eli Coleman

World Federation of Public Health Associations
Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública

Dr. Allen Jones

World Self-Medication Industry
Industria Mundial de la Automedicación Responsable

Lic. Héctor Bolaños

**WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

Dr. Gro Harlem Brundtland
Director-General
Geneva

Mr. Denis Aitken
Chef de Cabinet
Geneva

Mr. Jon Liden
Communications Advisor
Geneva

Dr. Christopher Murray
Executive Director
Evidence and Information for Policy
Geneva

Dr. Nelle Temple Brown
External Relations Officer
Washington, D.C.

**PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

**Director and Secretary ex officio of the Conference
Director y Secretario ex officio de la Conferencia**

Dr. George A. O. Alleyne
Director

**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. María Teresa Cerqueira
Director, Division of Health Promotion and Protection
Directora, División de Promoción y Protección de la Salud

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

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (cont.)
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (cont.)

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

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

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

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

Mr. Philip MacMillan
Chief, Department of Personnel
Jefe, Departamento de Personal

Mr. Mark Matthews
Chief, Department of Budget and Finance
Jefe, Departamento de Presupuesto y Finanzas

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

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (*cont.*)
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (*cont.*)

Legal Counsel
Asesora Jurídica

Dr. Heidi V. Jiménez

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

Mr. Emilio del Campo

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

Ms. Rosa Irene Otero



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



129.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., 28 de septiembre de 2001

CE129/FR (Esp.)
28 septiembre 2001
ORIGINAL: INGLÉS

INFORME FINAL

CONTENIDO*Página*

Apertura de la sesión	4
Asuntos relativos al Reglamento.....	4
Mesa Directiva.....	4
Adopción del orden del día.....	4
Asuntos relativos a los comités.....	5
Elección de un Estado Miembro para el Subcomité de Planificación y Programación.....	5
Elección de un Estado Miembro para el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales.....	5
Asuntos relativos a los Cuerpos Directivos.....	5
Fechas y temas propuestos para la 36.ª sesión del Subcomité de Planificación y Programación.....	5
Fechas de la 130.ª sesión del Comité Ejecutivo	6
Fechas de la 26.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 54.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas	6
Otros asuntos.....	7
Clausura de la sesión	7
Decisiones	8
CE129(D1) Adopción del orden del día	8
CE129(D2) Elección de un Estado Miembro para el Subcomité de Planificación y Programación.....	8
CE129(D3) Elección de un Estado Miembro para el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales	8
CE129(D4) Fechas y temas propuestos para la 36.ª sesión del Subcomité de Planificación y Programación	8
CE129(D5) Fechas de la 130.ª sesión del Comité Ejecutivo.....	9

CONTENIDO (*cont.*)

Página

Decisiones (*cont.*)

CE129(D6)	Fechas de la 26. ^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54. ^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.....	9
CE129(D7)	Proceso para la elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	9

Anexos

Anexo A. Orden del día

Anexo B. Lista de participantes

INFORME FINAL

Apertura de la sesión

La 129ª sesión del Comité Ejecutivo se celebró en la sede de la Organización Panamericana de la Salud en Washington, D.C., el 28 de septiembre de 2001. La sesión contó con la presencia de los delegados de los siguientes Miembros del Comité Ejecutivo elegido por el Consejo Directivo: Bolivia, Canadá, Guyana, Honduras, Jamaica, Perú, República Dominicana y Uruguay. No estuvo representado El Salvador, noveno Miembro del Comité. También estuvieron presentes, como observadores, representantes de los siguientes Estados Miembros y Miembro Asociado: Cuba, Estados Unidos de América, Panamá y Puerto Rico.

El Dr. Carlos Dotres Martínez (Cuba, Presidente del Comité Ejecutivo durante su 127.ª y 128.ª sesiones) inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes, con mención especial a los nuevos Miembros del Comité elegidos por el 43.º Consejo Directivo: Honduras, Perú y República Dominicana.

Asuntos relativos al Reglamento

Mesa Directiva

De conformidad con el Artículo 15 de su Reglamento Interno, el Comité eligió a los siguientes Estados Miembros para constituir la Mesa Directiva para sus 129.ª y 130.ª sesiones:

<i>Presidente:</i>	Guyana	(Dr. Rudolph Cummings)
<i>Vicepresidente:</i>	Uruguay	(Dr. Eduardo Touya)
<i>Relatora:</i>	Bolivia	(Sra. María del Carmen Oblitas)

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

Adopción del orden del día (documento CE129/1)

De conformidad con el Artículo 9 de su Reglamento Interno, el Comité adoptó el orden del día provisional preparado por la Oficina (Decisión CE129(D1)).

Asuntos relativos a los comités

Elección de un Estado Miembro para el Subcomité de Planificación y Programación

Honduras fue elegido para participar en el Subcomité de Planificación y Programación al haber concluido el mandato de Cuba en el Comité Ejecutivo (Decisión CE129(D2)).

Elección de un Estado Miembro para el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales

Perú fue elegido para participar en el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales al haber concluido el mandato de Nicaragua en el Comité Ejecutivo (Decisión CE129(D3)).

Asuntos relativos a los Cuerpos Directivos

Fechas y temas propuestos para la 36.ª sesión del Subcomité de Planificación y Programación

El Comité decidió que la 36.ª sesión del Subcomité de Planificación y Programación (SPP) se celebraría del 25 al 27 de marzo de 2002.

El Director propuso que se examinaran los siguientes puntos en esa sesión: evaluación de las orientaciones estratégicas y programáticas (OEP) de la Organización durante el período 1999-2002, informe de avance sobre el plan estratégico de la OPS para el período 2003-2007, la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), la protección social en materia de salud, las cuentas sanitarias nacionales y la mortalidad y morbilidad maternas.

Los Miembros del Comité propusieron otros puntos para someterlos a la consideración de la 36.ª sesión del SPP, a saber: los trabajadores comunitarios de salud, la respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas, la salud de los pueblos indígenas, la salud y el envejecimiento, y la salud en las Américas en el próximo siglo, centrándose especialmente en los retos sanitarios con los que deberá enfrentarse la Región en los próximos dos decenios. Con respecto a la evaluación de las OEP entre 1999 y 2002, se sugirió que el Subcomité realizara un análisis crítico de los centros panamericanos, incluidos su cometido en la Organización, su administración y financiamiento, y cómo podrían funcionar más eficazmente. También se señaló que el 43.º Consejo Directivo había aprobado la recomendación del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo de incluir el tema “género, mujer, salud y desarrollo” en los órdenes del día de los

Cuerpos Directivos en 2002. En consecuencia, el Comité recomendó que ese tema figurase en el orden del día del Subcomité.

Se pidió a la Oficina que, en los documentos que habrán de prepararse para los diversos puntos del orden del día, incluyera información sobre las repercusiones de estas cuestiones en las poblaciones marginadas (en particular niños, mujeres y grupos indígenas), así como consideraciones presupuestarias (concretamente, la asignación de presupuestos para cada punto en cuestión).

Por lo que respecta a vacunas e inmunización, tema que se abordará en la 130.^a sesión del Comité Ejecutivo en junio de 2002, el Delegado de Canadá propuso que en el documento se estudiaran los preparativos para la próxima pandemia de gripe y dijo que a su Gobierno le complacería colaborar proporcionando información para el documento.

El Director dijo que se harían esfuerzos por incorporar todos los puntos propuestos por los Miembros al orden del día del Subcomité, aunque algunos quizá tengan que diferirse hasta la próxima sesión. La Oficina desea que los Gobiernos Miembros redacten alguno de los documentos, como se ha venido haciendo con mucho éxito en el pasado, y velará por que los documentos se distribuyan con la debida antelación.

El Comité estuvo de acuerdo en que la Oficina elaborase el orden del día de la 36.^a sesión del SPP, teniendo presentes los puntos propuestos por los Miembros.

El Comité adoptó la Decisión CE129(D4) sobre este tema.

Fechas de la 130.^a sesión del Comité Ejecutivo

El Comité decidió celebrar su 130.^a sesión del 24 al 28 de junio de 2002 (Decisión CE129(D5)).

Fechas de la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

El Comité decidió que la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana se celebraría del 23 al 27 de septiembre de 2002 (Decisión CE129(D6)).

Otros asuntos

Considerando el reciente debate del 43.^{er} Consejo Directivo sobre el proceso para elegir al Director de la OSP, el Comité estudió la posibilidad de crear un foro en el cual los candidatos al puesto podrían presentar su visión a la Organización. Se sugirió la posibilidad de celebrar un foro a tal efecto como parte del próximo período ordinario de sesiones del Comité en junio de 2002. También se propuso que, para el beneficio de los países que quizá no puedan enviar a un representante a la sesión, pudieran formularse preguntas escritas con antelación, como también ofrecerse después videos del desarrollo de las reuniones. Un Miembro del Comité Ejecutivo y algunos observadores propugnaron que los candidatos se presenten a sí mismos durante la 130.^a sesión del Comité Ejecutivo. Sin embargo, otros Miembros señalaron que el Consejo Directivo no había apoyado formalmente la propuesta de tener un foro para que los candidatos presenten sus programas, y expresaron su fuerte oposición a cualquier cambio en el proceso electoral actual. Dichos Miembros afirmaron que sería inapropiado utilizar los recursos de la Organización y el tiempo de los Cuerpos Directivos para debatir los programas electorales; más bien, debe ser responsabilidad de cada candidato—con el apoyo de los países que proponen su candidatura—dar a conocer sus posiciones mediante otras medidas como distribución de material impreso y visitas a los países de la Región.

El Director dijo que había querido hacer una propuesta al Subcomité de Planificación y Programación sobre cómo poder crear un foro para las presentaciones de los candidatos dentro del marco habitual del Comité Ejecutivo, pero que, a la vista del debate, ya no lo deseaba, a menos que hubiera un consenso claro en el Comité sobre la conveniencia de tal foro.

Para concretar, el Presidente propuso que el Comité votase una propuesta de Jamaica, a saber, que el proceso electoral, descrito en el Artículo 21 de la Constitución de la OPS y en el Artículo 56 del Reglamento Interno de la Conferencia, se mantenga inalterado y que los candidatos no hagan una presentación formal de sus programas en ninguna de las sesiones de los Cuerpos Directivos antes de la elección.

El Comité aprobó la propuesta por siete votos a favor y uno en contra (Decisión CE129(D7)).

Clausura de la sesión

El Presidente agradeció a los delegados su participación y declaró clausurada la 129.^a sesión.

Decisiones

En el curso de la 129.^a sesión, el Comité Ejecutivo adoptó las siguientes decisiones:

CE129(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 CE129/1).

(Reunión única, 28 de septiembre de 2001)

CE129(D2) Elección de un Estado Miembro para el Subcomité de Planificación y Programación

Honduras fue elegido para participar en el Subcomité de Planificación y Programación al haber concluido el mandato de Cuba en el Comité Ejecutivo.

(Reunión única, 28 de septiembre de 2001)

CE129(D3) Elección de un Estado Miembro para el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales

Perú fue elegido para participar en el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales al haber concluido el mandato de Nicaragua en el Comité Ejecutivo.

(Reunión única, 28 de septiembre de 2001)

CE129(D4) Fechas y temas propuestos para la 36.^a sesión del Subcomité de Planificación y Programación

El Comité decidió que la 36.^a sesión del Subcomité de Planificación y Programación (SPP) se celebraría del 25 al 27 de marzo de 2002 en la sede de la Organización Panamericana de la Salud en Washington, D.C. El Comité también autorizó a la Oficina a elaborar el orden del día de la sesión, teniendo presentes los temas propuestos por el Comité Ejecutivo y la recomendación del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo de incluir el tema “género, mujer, salud y desarrollo” en los órdenes del día de los Cuerpos Directivos en 2002.

(Reunión única, 28 de septiembre de 2001)

CE129(D5) Fechas de la 130.ª sesión del Comité Ejecutivo

De conformidad con el Artículo 17.A de la Constitución de la OPS, el Comité fijó las fechas del 24 al 28 de junio de 2002 para su 130.ª sesión.

(Reunión única, 28 de septiembre de 2001)

CE129(D6) Fechas de la 26.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 54.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

De conformidad con el Artículo 7.A de la Constitución de la OPS y el Artículo 1 del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana, el Comité autorizó al Director a convocar la 26.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 54.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 23 al 27 de septiembre de 2002.

(Reunión única, 28 de septiembre de 2001)

CE129(D7) Proceso para la elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

El Comité Ejecutivo decidió que el proceso electoral, descrito en el Artículo 21 de la Constitución de la OPS y en el Artículo 56 del Reglamento Interno de la Conferencia, se mantenga inalterado y que los candidatos no hagan una presentación formal de sus programas en ninguna de las sesiones de los Cuerpos Directivos antes de la elección.

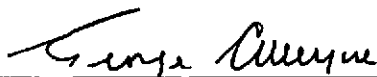
(Reunión única, 28 de septiembre de 2001)

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, en este vigésimo octavo día de septiembre del año dos mil uno. El Secretario depositará los textos originales en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana y enviará copias a los Estados Miembros de la Organización.



Rudolph Cummings
Delegado de Guyana
Presidente de la 129.^a sesión
del Comité Ejecutivo



George A. O. Alleyne
Secretario *ex officio* de la 129.^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 Elección del Presidente, Vicepresidente y Relator
 - 2.2 Adopción del orden del día
- 3. ASUNTOS RELATIVOS A LOS COMITÉS**
 - 3.1 Elección de un Estado Miembro para integrar el Subcomité de Planificación y Programación por haber llegado a su término el mandato de Cuba en el Comité Ejecutivo
 - 3.2 Elección de un Estado Miembro para integrar el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales por haber llegado a su término el mandato de Nicaragua en el Comité Ejecutivo
- 4. ASUNTOS RELATIVOS A LOS CUERPOS DIRECTIVOS**
 - 4.1 Fechas y temas propuestos para la 36.^a sesión del Subcomité de Planificación y Programación
 - 4.2 Fechas de la 130.^a sesión del Comité Ejecutivo
 - 4.3 Fechas de la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
- 5. OTROS ASUNTOS**

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members of the Committee
Miembros del Comité**

Bolivia

Mrs. María del Carmen Oblitas
Segunda Secretaria
Misión Permanente de Bolivia ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

**Canada
Canadá**

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

Mr. Doug Williams
Chief, Mine Action Unit
Canadian International Development Agency
Health Canada
Ottawa

**Dominican Republic
República Dominicana**

Dr. Plutarco Arias
Subsecretario de Salud Pública y Asistencia Social
Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social
Santo Domingo

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

Guyana

Dr. Rudolph Cummings
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Labour
Georgetown

Ms. Maharine Yaw
Alternate Representative
Permanent Mission of Guyana to the
Organization of American States
Washington, D.C.

Honduras

Dr. Plutarco Edmundo Castellanos
Ministro de Salud
Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
Tegucigalpa

Jamaica

Hon. John A. Junor, M.P.
Minister of Health
Ministry of Health
Kingston

Dr. Grace Allen-Young
Acting Permanent Secretary
Ministry of Health
Kingston

Dr. Peter Figueroa
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Kingston

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

Peru

Dr. Fernando Carbone Campoverde
Director General de la Oficina de Financiamiento, Inversiones
y Cooperación Externa
Ministerio de Salud
Lima

Uruguay

Dr. Eduardo Touya
Director General de Salud
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

**Observers
Observadores**

***Member States
Estados Miembros***

Cuba

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

Dr. Antonio D. González Fernández
Director de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud Pública
La Habana

**Panama
Panamá**

Sr. Raúl Saint Malo
Director de Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Lic. Claudia Guerrero M.
Sub-Directora de Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

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

Mr. Michael Lyman
Ms. Mary Lou Valdez

Observers (cont.)
Observadores (cont.)

Associate Member
Miembro Asociado

Puerto Rico

Dra. Aida González Gregory
Sub-Secretaria de Salud
Departamento de Salud
San Juan

Dr. Raul G. Castellanos Bran
Director de la Oficina de Coordinación de OPS/OMS
San Juan

**PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

***Director and Secretary ex officio of the Council
Director y Secretario ex officio del Consejo***

Dr. George A. O. Alleyne
Director

***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. María Teresa Cerqueira
Director, Division of Health Promotion and Protection
Directora, División de Promoción y Protección de la Salud

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

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (cont.)
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (cont.)

Advisers to the Director (cont.)

Asesores del Director (cont.)

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

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

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

Mr. Philip MacMillan
Chief, Department of Personnel
Jefe, Departamento de Personal

Mr. Mark Mathews
Chief, Department of Budget and Finance
Jefe, Departamento de Presupuesto y Finanzas

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

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (cont.)
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (cont.)

Advisers to the Director (cont.)

Asesores del Director (cont.)

Legal Counsel

Asesora Jurídica

Dr. Heidi V. Jiménez

Dr. Richard P. Marks

Chief, Department of General Services

Jefe, Departamento de Servicios Generales

Ms. Rosa Irene Otero

Chief, Conference and Secretariat Services

Jefa, Servicios de Conferencias y Secretaría



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



130.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 24-27 de junio de 2002

CE130/FR (Esp.)
1 agosto 2002
ORIGINAL: ESPAÑOL

INFORME FINAL

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Apertura de la sesión.....	6
Asuntos relativos al reglamento	6
Mesa Directiva.....	6
Adopción del orden del día y del programa de reuniones	7
Representación del Comité Ejecutivo en la 26. ^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54. ^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas	7
Orden del día provisional de la 26. ^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54. ^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas	7
Asuntos relativos a los comités	8
Informe de la 36. ^a sesión del Subcomité de Planificación y Programación.....	8
Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2002	9
Informe del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales	9
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 2004-2005	10
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas.....	13
Vacunas e inmunización	17
Evaluación de las orientaciones estratégicas y programáticas para 1999-2002.....	21
Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007.....	25
Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI).....	31
Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo	33

CONTENIDO (cont.)

Página

Asuntos relativos a la política de los programas (cont.)	
La salud y el envejecimiento	38
Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas	41
Respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas	45
La mujer, la salud y el desarrollo	48
Evaluación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS)	50
Informe de la Reunión de los Ministros de Salud y de Medio Ambiente de las Américas (RMSMAA)	54
Centenario de la Organización Panamericana de la Salud	56
Asuntos administrativos y financieros.....	57
Informe sobre la recaudación de las cuotas	57
Reglamento financiero de la OPS	59
Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo para 2000–2001	60
Edificios de la OPS y sus instalaciones	67
Asuntos relativos al personal.....	68
Modificaciones del Reglamento del Personal de la OPS.....	68
Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OPS	69
Asuntos de información general	73
Resoluciones y otras acciones de la 55. ^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS	73
Otros asuntos	74
Entrega de un premio por la Sociedad Mundial de Epidemiología Veterinaria	74
Clausura de la sesión.....	75

CONTENIDO (cont.)

	<i>Página</i>
Resoluciones y decisiones.....	76
Resoluciones	76
CE130.R1 Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2003-2007	76
CE130.R2 Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el ejercicio económico 2004-2005	77
CE130.R3 Recaudación de las cuotas.....	78
CE130.R4 Reglamento financiero de la OPS	79
CE130.R5 Informe Financiero del Director e informe del Auditor Externo correspondientes a 2000-2001	80
CE130.R6 Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas	81
CE130.R7 Vacunas e inmunización	83
CE130.R8 Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI)	85
CE130.R9 Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo	86
CE130.R10 Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad Maternas	88
CE130.R11 Edificios de la OPS y sus instalaciones	90
CE130.R12 Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana	90
CE130.R13 Respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas.....	92
CE130.R14 La mujer, la salud y el desarrollo.....	93
CE130.R15 Evaluación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS)	95
CE130.R16 Informe del Jurado del Premio OPS en Administración, 2002.....	96
CE130.R17 Organizaciones no Gubernamentales en Relaciones Oficiales con la OPS	97
CE130.R18 Orden del día provisional de la 26. ^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54. ^a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas	98
CE130.R19 La salud y el envejecimiento.....	99
CE130.R20 Reunión de los Ministros de Salud y el Medio Ambiente de las Américas (MSMAA)	101

CONTENIDO (cont.)

Página

Decisiones	102
CE130(D1) Adopción del orden del día	102
CE130(D2) Representación del Comité Ejecutivo en la 26. ^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54. ^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas del Comité Regional de la OMS para las Américas	102
CE130(D3) Informe del Subcomité de Planificación y Programación	103
CE130(D4) Evaluación de las orientaciones estratégicas y programáticas para 1999–2002.....	103
CE130(D5) Fondo de trabajo.....	103
CE130(D6) Centenario de la Organización Panamericana de la Salud.....	103
CE130(D7) Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OSP	103
CE130(D8) Resoluciones y otras acciones de la 55. ^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS	104

Anexo A. Orden del día
Anexo B. Lista de documentos
Anexo C. Lista de participantes

INFORME FINAL

Apertura de la sesión

La 130.^a sesión del Comité Ejecutivo se celebró en la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) del 24 al 27 de junio de 2002. La sesión contó con la presencia de los delegados de los nueve Miembros del Comité Ejecutivo: Bolivia, Canadá, El Salvador, Guyana, Honduras, Jamaica, Perú, República Dominicana y Uruguay. Estuvieron presentes en calidad de observadores los delegados de los siguientes Estados Miembros de la Organización: Argentina, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos de América, Francia y México. Además, estuvieron representadas cinco organizaciones intergubernamentales y ocho organizaciones no gubernamentales.

El Dr. Leslie Ramsammy (Guyana, Presidencia del Comité Ejecutivo) inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes. El Dr. George A. O. Alleyne (Director, Oficina Sanitaria Panamericana) pronunció también algunas palabras de bienvenida. Manifestó su beneplácito ante la asistencia de tantos ministros de salud y dijo que su presencia evidenciaba la importancia que los países atribuyen al trabajo de la Organización y a las reuniones de los Cuerpos Directivos. La 130.^a sesión del Comité sería particularmente importante, pues la Oficina y los Estados Miembros se preparaban para la Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre de 2002.

Asuntos relativos al reglamento

Mesa Directiva

Los Miembros que habían sido elegidos para desempeñar un cargo en la 129.^a sesión del Comité siguieron desempeñándolo en la 130.^a sesión. En consecuencia, la Mesa Directiva quedó integrada de la siguiente manera:

<i>Presidencia:</i>	Guyana	(Dr. Leslie Ramsammy)
<i>Vicepresidencia:</i>	Uruguay	(Dr. Julio Vignolo Ballesteros)
<i>Relatoría:</i>	Bolivia	(Dr. Enrique Paz Argandoña)

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 CE130/I, Rev. 1, y CE130/WP/I)

De 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 CE130[D1]).

Representación del Comité Ejecutivo en la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE130/3)

De conformidad con el artículo 54 del Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo nombró a los delegados de Guyana y Uruguay, titulares de la Presidencia y la Vicepresidencia, respectivamente, para representar al Comité en la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana. Se designó a Canadá y Bolivia como suplentes de Guyana y de Uruguay, respectivamente (decisión CE130[D2]).

Orden del día provisional de la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE130/4, Rev.)

El Dr. Brandling-Bennett (Director Adjunto, OSP) presentó el orden del día provisional preparado por el Director en conformidad con el artículo 7.F de la Constitución de la OPS y el artículo 8 del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana. Señaló que el tema 4.8, "La salud y el envejecimiento", se había agregado a petición del Comité Ejecutivo. También destacó dos puntos nuevos del orden del día en cuanto a los premios: el Premio de Bioética Manuel Velasco Suárez (punto 7.3), una nueva distinción anual que se entregaría por primera vez en la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, y el Premio de Periodismo Sanitario "Centenario de la OPS" (punto 7.4), que se entregaría sólo en 2002, el año del centenario.

Al percatarse de que el orden del día estaba bastante recargado, el Comité Ejecutivo hizo dos sugerencias que podrían aligerar el volumen de trabajo: primero, que las delegaciones podrían distribuir informes escritos sobre el progreso y logros de sus países en las diversas áreas programáticas, en lugar de hablar sobre ellas, y, segundo, que los grupos subregionales como la Comunidad del Caribe (CARICOM) o el Mercado Común del Cono Sur (MERCOSUR) tal vez quisieran considerar la posibilidad de preparar posiciones regionales comunes y elegir un portavoz que interviniese en nombre de todos los países miembros.

En respuesta a una sugerencia de que se agregara un punto que tratara de los actos y celebraciones del centenario, el Director dijo que procuraría incluir información minuciosa sobre el tema en su informe.

El Comité aprobó la resolución CE130.R18, por la cual se adoptó el orden del día provisional, con las modificaciones propuestas.

Asuntos relativos a los comités

Informe del Subcomité de Planificación y Programación (documento CE130/5)

El informe sobre la 36.^a sesión del Subcomité de Planificación y Programación (SPP) fue presentado por el Dr. Francisco López Beltrán, en representación del Gobierno de El Salvador, que había sido elegido para ocupar la Presidencia del Subcomité en la 36.^a sesión. Esa sesión se había celebrado en la sede de la OPS del 25 al 27 de marzo de 2002. El Subcomité había tratado los siguientes puntos, que figuraban también en el orden del día del Comité Ejecutivo en su 130.^a sesión: Evaluación de las orientaciones estratégicas y programáticas para 1999-2002; Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007; Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia; Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo; La salud y el envejecimiento; Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas; La mujer, la salud y el desarrollo; y Respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas. Las observaciones y recomendaciones del Subcomité sobre esos temas se habían tenido en cuenta al revisar los documentos para presentarlos al Comité Ejecutivo y se reflejan en las ponencias y el debate de los puntos del orden del día respectivos en el presente informe.

El Subcomité también trató un tema acerca de los centros panamericanos; sin embargo, en lugar de remitir el tema al Comité Ejecutivo, acordó que este centrara su atención en la evaluación de un solo centro, el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS).

Los resúmenes de las ponencias y los debates sobre todos los temas antedichos pueden consultarse en el informe final de la 36.^a sesión del Subcomité (documento SPP36/FR).

En el debate que siguió al informe del Dr. López Beltrán, se puso de relieve la necesidad de aclarar la función de los centros panamericanos con respecto a los países, especialmente en la esfera de la investigación. Se recalcó que dichos centros no debían duplicar sino complementar las actividades de los centros de investigación nacionales y ayudarlos a mejorar su capacidad.

El Director agradeció al Dr. López Beltrán su actuación en la Presidencia del SPP y expresó su agradecimiento a los Miembros del Subcomité por sus contribuciones, que habían sido muy útiles a la Oficina al preparar los documentos para el Comité Ejecutivo.

El Comité tomó nota del informe y agradeció al Subcomité su trabajo (decisión CE130[D3]).

Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2002 (documentos CE130/6 y CE130/6, Add. I)

El Dr. Manuel Sandoval Lupiae (Honduras) informó de que los representantes de Canadá, Honduras y Uruguay, integrantes del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2002, se habían reunido el miércoles 26 de junio de 2002. Después de examinar la documentación de los candidatos presentados por los Estados Miembros, el Jurado había decidido otorgar el premio al Dr. Hugo Mendoza, de la República Dominicana, por sus esfuerzos pioneros en la investigación de salud pública y su valiosa contribución al mejoramiento de la salud maternoinfantil en su país mediante la introducción del enfoque de salud pública en la atención y la enseñanza pediátricas.

El Delegado de la República Dominicana expresó el agradecimiento de su país por el premio concedido al Dr. Mendoza, un gran profesional que había dedicado su vida a los servicios de salud y un profesor universitario distinguido que había publicado muchos trabajos.

El Comité aprobó la resolución CE130.R16.

Informe del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales (documentos CE130/7 y CE130/7, Add. I)

El Sr. Luis Canales Cárdenas (Perú) presentó el informe del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales. El Comité Permanente, compuesto por los representantes de Bolivia, Jamaica y Perú, se había reunido el martes 25 de junio de 2002 para considerar un documento de antecedentes preparado por la Oficina, que contenía la solicitud de la Fundación Interamericana del Corazón (FIAC) de entrar en relaciones oficiales con la OPS, incluida una sinopsis de la entidad solicitante y una reseña de sus actividades colaborativas con la Organización. Después de examinar cuidadosamente la documentación presentada, el Comité Permanente había recomendado al Comité Ejecutivo que admitiera el establecimiento de relaciones oficiales de la FIAC con la OPS.

En la misma reunión, el Comité Permanente había considerado las solicitudes de renovación de las relaciones oficiales presentadas por cuatro organizaciones no gubernamentales: Organización Internacional de Asociaciones de Consumidores

(CI-ROLAC); Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica (COLABIOCLI); Unión Latinoamericana Contra las Enfermedades de Transmisión Sexual (ULACETS); y Coalición Nacional de Organizaciones que prestan Servicios de Salud y Sociales a los Hispanos (cuyo nombre ha cambiado a Alianza Nacional para la Salud de los Hispanos). Después de una breve presentación por las ONG respectivas y las observaciones de la Oficina, y considerando la información escrita proporcionada acerca de las actividades colaborativas entre cada una de las siguientes ONG y la OPS, el Comité Permanente recomendó al Comité Ejecutivo que autorizara la continuación de las relaciones oficiales con la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica (COLABIOCLI) y la Alianza Nacional para la Salud de los Hispanos durante un período de cuatro años.

Con respecto a la Organización Internacional de Asociaciones de Consumidores (CI-ROLAC) y la Unión Latinoamericana Contra las Enfermedades de Transmisión Sexual (ULACETS), el Comité Permanente había recomendado al Comité Ejecutivo que volviera a analizar el estado de las relaciones oficiales entre la OPS y CI-ROLAC y ULACETS al año siguiente, para darles la oportunidad de poner en práctica los planes de trabajo colaborativos y determinar claramente las áreas técnicas que más se beneficiarían de la colaboración.

La representante de la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica (COLABIOCLI) expresó su agradecimiento por la continuación de las relaciones oficiales, que consideraba como un voto de confianza por el Comité Ejecutivo en cuanto al compromiso y profesionalismo de dicha organización. También expresó su agradecimiento por el apoyo ofrecido a COLABIOCLI por la OPS, tanto en la Sede como en la República Dominicana.

El Comité aprobó la resolución CE130.R17.

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 2004-2005 (documento CE130/8)

El Sr. Román Sotela (Jefe, Sección de Presupuesto, OPS) presentó el anteproyecto de presupuesto por programas. Explicó que el año en curso, el primero del bienio, era cuando se pedía al Comité Ejecutivo que considerara la porción del presupuesto ordinario de la OPS que correspondía a la Organización Mundial de la Salud. Las asignaciones para fines de planificación correspondientes al bienio 2004-2005 se habían recibido de la Directora General en marzo y abril de 2002, y se había pedido a las diferentes regiones que notificaran a la sede de la OMS cómo se proponían asignar los fondos.

El anteproyecto de presupuesto por programas daba, por lo tanto, una imagen parcial del financiamiento, ya que representaba sólo el 29% del presupuesto ordinario de la OPS/OMS. En consecuencia, las cifras en el documento CE130/8 no eran necesariamente indicativas del nivel de compromiso de la OPS en las distintas áreas técnicas. La imagen completa se haría evidente sólo cuando se agregase la porción de la OPS del presupuesto, y cuando el presupuesto en su totalidad se considerase en junio de 2003.

La asignación para planificación autorizada por la Directora General a la OPS para 2004-2005 ascendía a \$72.491.000*, cifra que representaba una reducción de \$2.191.000, o sea, 2,9%, en relación con la asignación para 2002-2003 de \$74.682.000. La reducción se había aplicado por igual en las dos porciones principales del presupuesto, la de Oficina Regional y la de programas interpaíses y programas de país, en conformidad con las instrucciones de la OMS.

El período 2004-2005 era el tercer bienio consecutivo en el cual la Región de las Américas afrontaba una reducción de su asignación por la OMS. Acumulativamente, la reducción ascendía a \$10.195.000. Las reducciones progresivas se basaban en la resolución WHA51.31, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1998. Se tenía prevista una evaluación de los efectos de las reducciones para la 57.^a Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2004.

El anexo 1 del documento CE130/8 indicaba la forma como la suma de \$72.491.000 se había dividido según la clasificación de programas de la OMS. La distribución cumplía con las instrucciones de la OMS en el sentido de hacer un traspaso general equivalente a un 2% a 3% del presupuesto a las áreas prioritarias de trabajo de la OMS para 2004-2005.

En el debate que siguió, los delegados plantearon algunas preguntas, en particular acerca de los criterios por los cuales los fondos se habían asignado a las diversas áreas. Se señaló que el documento no parecía mostrar un cambio de 2% a 3% hacia las once áreas prioritarias de trabajo señaladas por la OMS para el período 2004-2005. Al observar que el proyecto de presupuesto por programas mostraba reducciones de algunos programas y aumentos de otros, y que quizás los cambios no siempre eran compatibles con las prioridades para la Región (por ejemplo, un aumento a 11,5% en "Pruebas científicas e información para las políticas" o una disminución a 8,5% de "Enfermedades transmisibles"), varios delegados pidieron que la Oficina comentara sobre esa distribución.

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

Se señaló que era necesario analizar cómo se habían distribuido las reducciones en relación con el presupuesto del bienio anterior, y también cómo se resolvería el déficit secundario a las reducciones. Algunos delegados opinaron que no sería apropiado aprobar un aumento de las cuotas de los países para cubrir ese déficit. Un delegado propuso que la OPS podría apelar a la OMS, recalcando que la asignación regional no era suficiente para llevar a cabo sus programas.

La Delegada de los Estados Unidos de América dijo que su país había apoyado la reasignación regional de la OMS y señaló que las Américas habían sido la única de las cuatro regiones con asignaciones reducidas que habían podido mitigar el golpe aumentando su presupuesto. Conforme la OPS empezaba el proceso de tomar decisiones para el próximo ciclo del presupuesto, ella confiaba en que se tendrían en cuenta las inquietudes colectivas de todos los Estados Miembros. La política de los Estados Unidos no había cambiado, pues seguía preconizando el crecimiento nominal cero del presupuesto. Su delegación, por consiguiente, esperaba que la OPS haría los ajustes necesarios, seguiría procurando acrecentar la eficiencia y consideraría activamente recurrir a recursos extrapresupuestarios.

En respuesta, el Sr. Sotela recalcó que era engañoso considerar sólo una parte del cuadro e intentar deducir de ella las prioridades de la OPS. El anteproyecto de presupuesto por programas, que representaba sólo 29% del presupuesto total de la OPS, no podía servir de base para llegar a la conclusión de que un elemento particular era una prioridad más o menos importante para la OPS. Pronto, la OPS comenzaría a planificar para el período completo 2004-2005, y para diciembre habría recibido todas las propuestas preparadas por los representantes de la OPS en los países, en consulta con los gobiernos. En ese momento, las prioridades de la Organización y sus Estados Miembros quedarían claras.

Con respecto a la distribución de los fondos a las áreas prioritarias de trabajo, explicó que el cambio de 2% a 3% no se vería necesariamente en cada categoría. Las instrucciones de la OMS eran hacer un traspaso de 2% a 3% en conjunto. La OPS había hecho su mejor esfuerzo para efectuar el cambio y abarcar tantas áreas como fuese posible, pero las áreas prioritarias de la OMS no aumentarían todas forzosamente en la misma proporción.

El Director reiteró que el anteproyecto de presupuesto por programas mostraba sólo una parte del cuadro completo. La OPS había realizado su mejor esfuerzo para seguir las instrucciones de la OMS en cuanto a dónde debían efectuarse los cambios. Sin embargo, como la propia Directora General había señalado a menudo, no era posible hacerlo de una manera sencilla, mecánica. Por ejemplo, el problema de la malaria era más grave en África que en las Américas y, en consecuencia, el cambio en esa área sin duda alguna sería mayor en esa región. Una vez que se tuviera la imagen completa, se haría

evidente el grado en que la OPS había tratado de seguir las prioridades de la OMS, que en su mayoría habían sido aceptadas por los Cuerpos Directivos por considerarlas pertinentes a la OPS también.

Las asignaciones reducidas eran una realidad a la cual la OPS tenía que adaptarse, pues nada podía hacerse para cambiarlas en ese momento. Lo importante era que la OPS estuviese muy atenta cuando el asunto de la distribución de los recursos se reexaminara cabalmente en 2004, a fin de procurar que el resultado de esas deliberaciones fuese equitativo para todo el mundo.

Reconoció que la Región de las Américas había sido muy afortunada porque había podido movilizar recursos extrapresupuestarios. Si los representantes de los Estados Miembros seguían llamando a las puertas idóneas, era de esperar que en último término habría un presupuesto suficiente para llevar a cabo los programas de la Organización.

El Comité aprobó la resolución CE130.R2.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas (documentos CE130/9 y CE130/9, Add. I)

El Dr. Fernando Zacarías (Coordinador, Programa del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y Enfermedades de Transmisión Sexual, OPS) resumió las cifras actuales sobre la infección por el VIH/SIDA en las Américas y en otros lugares. La epidemia ya estaba presente en todos los países y en todos los continentes. En todo el mundo, unos 40 millones de adultos y niños estaban infectados por el VIH o padecían SIDA a fines de 2001. En las Américas, la cifra era de 2,8 millones. La situación era especialmente grave en el Caribe, donde en algunos países y grupos de población la prevalencia de infección por el VIH se elevaba a 8%. El número de casos notificados de SIDA en la Región era de 1,2 millones. Además, cada año ocurrían unos 40 millones de casos de otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

En el documento CE130/9 se presentaba un resumen breve del progreso logrado hasta la fecha en la Región con respecto a la promoción de la salud sexual, la comunicación, la seguridad de la sangre, las intervenciones que se dirigían a los usuarios de drogas inyectables, la reducción de la transmisión maternoinfantil y la aplicación del modelo "paso a paso" de atención integral a las personas aquejadas de VIH/SIDA y sus familias y prestadores de asistencia. La iniciativa para acelerar el acceso a los medicamentos antirretrovíricos (ARV), recientemente lanzada por la OMS/OPS y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), se proponía aumentar la disponibilidad de los ARV a precios asequibles. Hasta la fecha, 26 países de las Américas habían indicado su deseo de participar en la iniciativa. Se

habían organizado once misiones de evaluación y planificación, y las negociaciones para la reducción de los precios de los medicamentos se habían finalizado o estaban en marcha en siete países. Además, estaba tratándose la posibilidad de un convenio subregional de fijación de precios para los países de CARICOM.

Varios sucesos recientes habían brindado la oportunidad de acelerar la respuesta a la epidemia. Uno era la Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la infección por el VIH/SIDA, celebrada en junio de 2001, que había sido tratada por el Comité en su 128.^a sesión. Otros sucesos eran el establecimiento del nuevo Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo, que ya había aprobado las propuestas de financiamiento de varios países de la Región, y la firma de la Agenda Compartida para la Salud, un convenio entre la OPS, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial para colaborar en una variedad de temas de salud, incluida la infección por el VIH/SIDA. Los países también estaban mancomunando esfuerzos en asociaciones subregionales. A nivel internacional, además de la iniciativa de acceso acelerado a los ARV, la OMS había elaborado una estrategia mundial del sector de la salud para tratar la infección por el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. La XIV Conferencia Internacional del SIDA, que tendría lugar en julio de 2002 en Barcelona, brindaría más oportunidades para afrontar los innumerables retos creados por la pandemia de infección por el VIH/SIDA.

El Dr. Zacarías finalizó recalcando que la experiencia había indicado lo que daba resultado y lo que necesitaba hacerse para detener la propagación del VIH. Había conocimientos suficientes para mejorar extraordinariamente la situación con respecto a la enfermedad para 2010. Las medidas tomadas por los países del mundo en los próximos años determinarían si eso ocurriría o no.

El Comité Ejecutivo aplaudió la respuesta regional integral de la OPS a la infección por el VIH/SIDA y respaldó el método "paso a paso", que destacaba la necesidad de fortalecer los sistemas de salud y consideraba la prevención y la atención no como prioridades que competían entre sí, sino como parte del proceso continuo de asistencia sanitaria. Los delegados recalcaron la necesidad de mejorar la accesibilidad y la asequibilidad de los medicamentos antirretrovíricos, ya que era esencial proporcionar tratamiento a millones de personas en la Región que ya estaban infectadas por el virus. Se expresó el apoyo para el enfoque de salud pública al tratamiento antirretrovírico preconizado por la OMS. Además, se consideró que velar por el tratamiento y la atención de las personas infectadas por el VIH ayudaría a reducir el estigma y la discriminación a que a menudo eran sometidas. Es más, el tratamiento y la atención podrían ser las estrategias clave para prevenir la transmisión. A este respecto, se pidió al Dr. Zacarías que pusiera al corriente al Comité sobre los esfuerzos de la OPS para negociar convenios de precios y facilitar el acceso a los medicamentos ARV por conducto del Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública.

El Comité también encomió a la OPS por su afán para promover y aplicar la declaración de compromiso de la Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la infección por el VIH/SIDA y subrayó la necesidad de vigilancia y notificación constantes de la consecución de las metas determinadas por los países en dicha sesión. Con respecto al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis, y el Paludismo, los delegados expresaron la esperanza de que la secretaría que estaba por crearse para administrar el Fondo fuese lo más pequeña posible para que los fondos movilizados no acabasen mermados en exceso por los costos administrativos. El Comité reconoció la necesidad de una respuesta internacional coordinada a la epidemia de infección por el VIH/SIDA porque, como el documento señalaba correctamente, era un problema mundial con efectos de gran alcance. Diversos Estados Miembros describieron iniciativas de cooperación entre sus gobiernos y otros países en la Región para combatir la propagación del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Un delegado observó que el problema de la infección por el VIH/SIDA tenía un "lado positivo", en el sentido de que había dado lugar a niveles sin precedentes de colaboración internacional e intersectorial, que se traduciría en ganancias en otras áreas, como la mitigación de la pobreza y el mejoramiento de las condiciones generales de salud.

Se propusieron varias mejoras al documento. Se sugirió que la sección sobre atención integral podría mejorarse si hiciera más hincapié en la función que las comunidades y las organizaciones comunitarias podrían desempeñar para reducir la propagación del VIH y prestar apoyo a los individuos infectados y sus familias. También se señaló que la atención integral debía incluir pruebas voluntarias y confidenciales y orientación, para que las personas conocieran su estado con respecto al VIH y pudiesen afrontarlo debidamente, junto con apoyo psicosocial a los individuos infectados, su familia y la comunidad. Varios delegados señalaron que el documento no abordaba la función de la investigación y su importancia para sentar las bases para la formulación de políticas y la elaboración de intervenciones.

Los delegados también recalcaron la necesidad de la promoción de la salud y la educación sanitaria centradas en las actitudes y prácticas culturales que eran la causa de los comportamientos individuales. Si bien el documento subrayaba correctamente la necesidad del cambio de comportamiento, las intervenciones dirigidas a los individuos habían surtido efectos contradictorios hasta la fecha. Por consiguiente, era necesario ampliar los esfuerzos de promoción de la salud y esforzarse en cambiar las pautas culturales que promovían o desalentaban ciertos comportamientos. El Delegado del Uruguay señaló un error en el documento, en el cual se leía que el uso de drogas intravenosas era la principal modalidad de transmisión del VIH en su país; en realidad, la proporción más grande de individuos seropositivos en el Uruguay habían contraído la infección mediante las relaciones sexuales.

La representante de ULACETS recibió con beneplácito el reconocimiento que se hacía en el documento de la importancia de las infecciones de transmisión sexual diferentes de la infección por el VIH/SIDA. Anunció que el Congreso Mundial de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA tendría lugar en Uruguay en 2003, y sería la primera vez que se celebraría en América. Un tema principal de discusión en el congreso serían las intervenciones contra la infección por el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual que podrían aplicarse en situaciones de escasos recursos.

El Dr. Zacarías estuvo de acuerdo con las observaciones de los delegados sobre la importancia de la investigación, y señaló que el programa de la OPS sobre la infección por el VIH/SIDA había tenido inicialmente una sólida orientación hacia la investigación y la seguía promoviendo. Otro elemento que era crucial en la lucha contra esta enfermedad —además de la asignación de recursos financieros— era el liderazgo. Los gobiernos de varios países estaban mostrando la manera como el liderazgo político eficaz podía fomentar la acción intersectorial necesaria para abordar las muchas facetas de la epidemia. Con respecto a las observaciones sobre la importancia de incluir a la comunidad en la respuesta a la enfermedad, recalcó que el enfoque integral propugnado por el modelo "paso a paso" se proponía ir más allá del sistema de servicios de salud y trabajar con toda la comunidad.

El orador estuvo de acuerdo en que el cambio de los comportamientos y sus raíces culturales subyacentes era una empresa a largo plazo. De todos modos, estaban produciéndose cambios en la actitud, como lo ponía de manifiesto, por ejemplo, el aumento del uso de condones en algunos países. Para producir el cambio duradero, era esencial concentrar la educación sanitaria y la comunicación en los jóvenes. Por ese motivo, el programa contra la infección por el VIH/SIDA estaba trabajando con el programa de salud de los adolescentes para identificar intervenciones eficaces de cambio de comportamientos. El programa estaba también realizando un estudio para evaluar la repercusión de las campañas de educación sanitaria en 13 países.

En cuanto a las negociaciones de la Organización sobre el establecimiento de precios de los medicamentos ARV, informó que los resultados habían sido contradictorios hasta la fecha. Las empresas farmacéuticas seguían imponiendo condiciones que limitaban la capacidad de los países de obtener medicamentos ARV a precios reducidos. Sin embargo, los representantes de la OPS/OMS y los funcionarios de salud de algunos países habían tenido éxito al negociar convenios satisfactorios de precios. La OPS seguiría apoyando los esfuerzos de los Estados Miembros para negociar precios asequibles.

El Director agradeció a los Estados Miembros que estaban ayudando a la OPS y a sus países hermanos de la Región en la lucha contra la infección por el VIH/SIDA, especialmente en el Caribe. Coincidió plenamente con los delegados que habían señalado

que los recursos del Fondo Mundial no debían gastarse innecesariamente en los costos administrativos, lo cual iría en contra de la finalidad del Fondo. La OPS estaba comprometida a colaborar con el ONUSIDA para facilitar el acceso al Fondo sin crear más burocracia. También estuvo de acuerdo con las observaciones del Comité sobre la importancia de la educación sanitaria dirigida contra las raíces de los comportamientos individuales. Hasta la fecha, la mayoría de las iniciativas de cambio de comportamiento se habían dirigido a los individuos. En lugar de ese enfoque, que tendía a culpar a la víctima, debía insistirse más en crear ambientes que permitieran y alentaran a las personas a cambiar su comportamiento. La cooperación técnica de la OPS en ese ámbito se estaba dirigiendo en gran parte a fomentar tal cambio.

El Comité aprobó la resolución CE130.R6 sobre este tema.

Vacunas e inmunización (documento CE130/10)

El Dr. Ciro de Quadros (Director, División de Vacunas e Inmunización, OPS) informó de que la cobertura de vacunación con DTP3 entre los niños (es decir, tres dosis de la vacuna contra difteria, tétanos y tos ferina) había permanecido en alrededor de 80% para las Américas en su totalidad en años recientes. La cobertura en un gran número de distritos seguía cayendo por debajo de la meta regional de 95%, sin embargo, y había disparidades considerables en la cobertura entre los países y dentro de estos. En consecuencia, quedaba mucho por hacer para lograr la equidad total con respecto a la inmunización.

Se habían logrado avances sustanciales hacia la meta de erradicar el sarampión en las Américas. Se esperaba que un brote reciente en Venezuela, que se había difundido a Colombia, estuviera bajo control cuando la Conferencia Sanitaria Panamericana se reuniera en septiembre, y se preveía que la transmisión autóctona se habría interrumpido en toda la Región para fines del 2002. En cuanto a la poliomielitis, los únicos casos notificados en la Región en el último decenio habían sido los derivados de la vacuna en la isla La Española, el último de los cuales había ocurrido en Haití en julio de 2001. A la fecha, la enfermedad estaba completamente bajo control. El tétanos neonatal seguía siendo un problema en menos de 1% de los distritos en las Américas. Con esfuerzos concertados, podría eliminarse muy pronto. La rubéola, también, podría eliminarse mediante estrategias aceleradas de control que recalcaran la vacunación de los adultos susceptibles así como la vacunación ordinaria de los niños. La fiebre amarilla había mostrado una tendencia descendente neta desde 1998, como resultado de las campañas de vacunación. La escasez de vacuna del año precedente se había superado en gran parte, de manera que en adelante sería posible intensificar la vacunación en las zonas de alto riesgo.

Las evaluaciones realizadas en diversos países entre 1996 y 2001 habían indicado que, para lograr la sostenibilidad de los programas nacionales de vacunación y mantener el progreso logrado hasta el momento, se necesitaba prestar atención a tres problemas: 1) el debilitamiento de la capacidad reglamentaria y de control de las instituciones del gobierno central, de resultados de la reforma y descentralización del sector de la salud; 2) la falta de responsabilidad financiera claramente definida con respecto a los programas de vacunación, y 3) la falta de responsabilización con respecto a metas de inmunización específicas. También se necesitaba actuar para cerrar la brecha de equidad entre los países industrializados y en desarrollo en lo que se refería a la introducción de vacunas nuevas y en combinación, aunque la brecha era relativamente pequeña en las Américas por comparación con otras regiones, gracias al sólido compromiso de los países con la inmunización.

Un componente importante de la cooperación técnica de la OPS era la elaboración de herramientas y estrategias para generar información que permitiría a los encargados de adoptar las decisiones, priorizar la introducción de las vacunas de obtención reciente y cuantificar su repercusión. La Organización también estaba trabajando para desarrollar y mejorar la capacidad de producción de vacunas en los países, como un medio de alcanzar la disponibilidad de vacunas de alta calidad y aliviar la escasez de estos productos que había afectado a todos los países de la Región en años recientes.

Finalmente, en cuanto a la amenaza de la reaparición de la viruela como resultado del bioterrorismo, el Dr. De Quadros dijo que dos reuniones técnicas convocadas por el Director habían examinado el tema y evaluado las posibilidades para la producción de vacunas contra la viruela en la Región. La principal conclusión de las reuniones había sido que la OPS debía seguir colaborando con los países para fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica y mejorar la infraestructura para identificar los casos, incluida la red regional de laboratorios para el diagnóstico de las enfermedades febriles exantemáticas. Los participantes en la reunión también habían recalcado que un ataque de la viruela contra un país debía considerarse un ataque contra todos los países de la Región y que, de conformidad con el espíritu del panamericanismo, los países que tuvieran reservas de la vacuna debían ponerla a la disposición del país afectado para evitar que la enfermedad se propagara.

El Comité Ejecutivo encomió a la OPS por su trabajo continuo para fortalecer la capacidad de vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacunación, aumentar la cobertura de vacunación y facilitar el acceso de los países a las vacunas por medio del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas. El Comité también expresó su apoyo a los esfuerzos de la Organización para aumentar la producción de vacunas en toda la Región, ya que un mayor suministro ayudaría a reducir los precios, aun en los países que no las producían. El mantenimiento de los programas nacionales de vacunación —con un financiamiento garantizado— se consideraba una responsabilidad prioritaria de los

gobiernos. El Delegado de Perú informó de que su país había sancionado leyes para proteger el presupuesto destinado a las actividades de vacunación. Esos fondos no podían usarse para ninguna otra finalidad, independientemente de cualquier exigencia financiera que pudiese surgir. Como resultado, Perú había podido introducir la vacuna contra la rubéola, a pesar de su situación económica adversa.

Los delegados expresaron la inquietud de que los problemas económicos que actualmente aquejaban a la mayoría de los países americanos podrían dificultar mantener los éxitos del pasado y alcanzar las metas regionales, como la erradicación del sarampión. Un delegado propuso la idea de crear un mecanismo alternativo, como un fondo de emergencia o de compensación, para ayudar a los países cuando las limitaciones financieras les impedían adquirir vacunas mediante el Fondo Rotatorio de la OPS. La escasez de vacunas de años recientes se consideraba también como una amenaza para los logros de la Región en el control de las enfermedades inmunoprevenibles. Se pidió al Dr. De Quadros que expusiera las razones de la escasez y si era probable que esta alcanzara proporciones de crisis.

Los representantes del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial dieron seguridades al Comité de la voluntad de sus instituciones respectivas de colaborar con los países para superar los problemas creados por la descentralización y la reforma del sector de la salud y mantener programas nacionales de vacunación fuertes. Ambos representantes recalcaron la necesidad de hacer que los ministros de hacienda y otras autoridades económicas cobrasen conciencia de la eficacia en función de los costos de la inmunización e incluirlos en las conversaciones con respecto al financiamiento de los programas de vacunación. El representante del BID opinó que era interesante la idea de un fondo de compensación u otro mecanismo para permitir que los países siguieran adquiriendo las vacunas durante épocas de dificultades económicas. El representante del Banco Mundial señaló que, como un medio de promover el debate en torno al financiamiento de las vacunas entre las autoridades nacionales, la Oficina podría incluir en la versión revisada del documento una sección que abordara algunas de las inquietudes planteadas por el Comité Ejecutivo, en particular, la idea de un mecanismo de financiamiento para complementar el Fondo Rotatorio; los retos financieros y logísticos con que se enfrentaban los programas de vacunación, dada la necesidad de introducir vacunas nuevas al tiempo que se mantenía y aumentaba la cobertura de las existentes; y la protección de los presupuestos nacionales para la inmunización.

Considerando el interés expresado por los representantes del Banco Mundial y el BID, el Comité Ejecutivo solicitó al Director que explorara con dichos bancos y otros asociados la posibilidad de establecer un mecanismo de financiamiento complementario del Fondo Rotatorio de la OPS que permitiese a los países contar con un suministro ininterrumpido de vacunas para sus programas nacionales de vacunación.

El Dr. De Quadros recibió con beneplácito las observaciones de los representantes del BID y del Banco Mundial, que eran buenos augurios de una mayor colaboración en el área de vacunas e inmunizaciones en el marco de la Agenda Compartida, la iniciativa de la OPS con dichas instituciones. Las sugerencias del representante del Banco Mundial con respecto al documento eran excelentes, y vería que se incorporaran en la versión revisada. Recalcó la necesidad de que los países priorizaran el tema del financiamiento de las vacunas en sus negociaciones con los bancos de desarrollo. A los ministerios de salud les correspondía desempeñar un papel clave en ese sentido para lograr que la inmunización tuviera un lugar prominente entre los asuntos de mayor interés nacional.

Con respecto a la pregunta de si la falta de financiamiento y la escasez de vacunas obstaculizarían el logro de metas como la erradicación del sarampión, señaló que el financiamiento no solía ser el problema principal. En el caso del sarampión, el no aplicar las estrategias de vacunación y de control y la falta de claridad acerca de cuáles estrategias emplear habían sido los impedimentos más grandes para la erradicación de la enfermedad. En cuanto a la escasez de vacunas, las causas principales eran la introducción de requisitos más estrictos de calidad y la capacidad limitada de liofilización. La inquietud sobre la seguridad de las vacunas había impulsado a las autoridades normativas a imponer procedimientos de control de calidad cada vez más estrictos, que habían hecho más lento el proceso de producción. Otro tema era el uso de la capacidad instalada. Los principales fabricantes de vacunas habían tomado la decisión comercial de utilizar sus medios de producción principalmente para fabricar las vacunas más nuevas y más costosas, lo que había llevado a una escasez temporal de las menos costosas. Sin embargo, se esperaba que el problema se resolviera dentro de los siguientes 18 a 24 meses. En las Américas, la OPS estaba trabajando para satisfacer las necesidades de vacuna al ayudar a los países a acrecentar su capacidad de producción nacional y obtener la certificación como proveedores de vacunas para el sistema de las Naciones Unidas. Por ejemplo, laboratorios de Brasil y Cuba ya estaban certificados como proveedores de las vacunas antiamebica y contra la hepatitis B, respectivamente.

El Director dijo que le complacería explorar con el BID y el Banco Mundial la factibilidad de crear un mecanismo de financiamiento para facilitar la adquisición de vacunas. Señaló que los bancos mencionados podrían ser grandes aliados de la OPS al plantear elocuentemente el tema ante los gobiernos para que estos procurasen asignar el financiamiento suficiente de los programas de vacunación, ya que, aparte de las razones de salud obvias, había argumentos económicos vigorosos en favor de invertir en las vacunas. La vacunación debía ser vista como un bien público esencial y, por definición, los bienes públicos debían ser financiados por los gobiernos. El Perú había dado un ejemplo excelente al sancionar leyes para proteger el presupuesto para las vacunas, y esperaba que otros países aprendieran de esa experiencia para implantar protecciones similares.

Los bancos podrían también ayudar en las negociaciones con las empresas farmacéuticas al abogar por la estabilización de los precios de las vacunas y otros productos farmacéuticos esenciales. La fijación de precios de las vacunas era una de las pocas esferas en las cuales la Organización había tenido éxito negociando precios comunes con los productores. En el caso de otros medicamentos, en particular los ARV, los fabricantes habían insistido en aplicar diferentes precios a los países de distintas categorías. En su opinión, no había ningún argumento válido en apoyo de esa práctica.

Los trabajadores de salud de la Región se merecían grandes elogios por haber logrado controlar las enfermedades prevenibles por vacunación. Para formarse una idea de la magnitud de sus esfuerzos y logros, bastaba recordar que en las Américas sólo se habían confirmado 537 casos de sarampión en 2001, mientras que en todo el mundo había habido 800.000 defunciones por la enfermedad y muchos más casos. Gracias al trabajo arduo y a la devoción de los muchos trabajadores de salud en todo el continente, había todo tipo de razones para creer que para fines del año la Región podría agregar la eliminación de la transmisión autóctona del sarampión a su lista de logros.

El Comité aprobó la resolución CE130.R7 sobre vacunas e inmunización.

Evaluación de las orientaciones estratégicas y programáticas, 1999-2002 (documentos CE130/11 y CE130/INF/1)

El Dr. Germán Perdomo (Asesor Superior de Política, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica, OPS) resumió los resultados de la evaluación de las orientaciones estratégicas y programáticas (OEP), 1999-2002, que se había presentado al Comité Ejecutivo de conformidad con una resolución de la 25.^a Conferencia Sanitaria Panamericana aprobada en 1998. Las OEP habían guiado la programación de la cooperación técnica por la secretaría de la OPS, la Oficina Sanitaria Panamericana, con los países durante el período en cuestión. Cuando la Conferencia había aprobado las OEP en 1998, también había instado a los países a que las tuvieran en cuenta cuando formularan sus políticas sanitarias nacionales, y el Subcomité de Planificación y Programación, en su 36.^a sesión, había solicitado específicamente que la Oficina examinara el grado en que eso había ocurrido. En consecuencia, la evaluación había examinado por una parte el progreso logrado en la consecución de las metas regionales y la aplicación de las orientaciones programáticas, y por otra parte si las OEP se habían reflejado en los planes y las políticas nacionales de salud para 1999-2002.

La información procedente de 32 países había indicado que 5 países tenían políticas preliminares y 27 ya habían adoptado políticas o planes nacionales. La Oficina había participado en la formulación de políticas nacionales en 22 de esos países. Las OEP se habían usado como marco de referencia para la formulación de políticas en 15 de los 22 países.

Con respecto a la aplicación de las OEP por la Oficina, una encuesta entre el personal profesional había revelado que 87% conocían las OEP, y todos ellos las aplicaban no solo en la programación de la cooperación técnica sino en otras actividades, como la negociación de los proyectos de cooperación y la información de los funcionarios nacionales. Sólo el personal que se había incorporado recientemente a la Oficina y los funcionarios que no intervenían directamente en la cooperación técnica (por ejemplo, personal administrativo) estaban poco familiarizados con las OEP. En los dos últimos bienios, la gran mayoría (alrededor de 90%) de los proyectos de cooperación técnica programados había estado relacionada específicamente con las orientaciones programáticas. Los demás proyectos se habían relacionado con el desarrollo de la gestión o habían abordado necesidades nacionales específicas fuera del marco de las OEP.

La evaluación de la repercusión de la cooperación técnica prestada en conformidad con las OEP había tropezado con varias dificultades metodológicas, en particular el hecho de que la OPS no era la única organización que prestaba cooperación técnica en los países, lo cual había dificultado especificar los efectos precisos de sus actividades. Además, no siempre se habían obtenido la información ni los indicadores necesarios. De las 29 metas regionales adoptadas a tenor de las OEP, la evaluación había encontrado que 5 se habían logrado plenamente y 13 parcialmente. Poco o ningún avance se había logrado en el caso de 2 metas, y para las restantes 9 metas, la información disponible había sido insuficiente, no se había conseguido, era anticuada o no podía compararse entre los distintos países. El documento CE130/INF/1 contenía una descripción detallada de la cooperación prestada y los resultados logrados.

La evaluación había arrojado varias enseñanzas, que habían sido sumamente útiles en la formulación del plan estratégico de la Oficina para el período 2003–2007. En particular, había puesto de relieve la necesidad de una amplia participación interna y externa en el proceso de planificación estratégica; mayor claridad y precisión en la descripción de los resultados esperados y cómo lograrlos; un número manejable de metas y objetivos para la cooperación técnica y el desarrollo institucional; metas y objetivos que representaran un reto pero fuesen realizables; una definición clara de metas y objetivos para facilitar la vigilancia y la evaluación; un esfuerzo continuo para mejorar los sistemas nacionales de información a fin de producir los datos necesarios para la vigilancia y evaluación; y la difusión amplia del plan estratégico, tanto interna como externamente.

El Comité Ejecutivo reconoció la dificultad de emprender una evaluación de tal magnitud y encomió a la Oficina por sus esfuerzos para medir la repercusión de las OEP. Varios delegados sugirieron que la evaluación podría fortalecerse mediante un análisis más profundo de las metas que no se habían cumplido y los motivos de la falta de progreso en esas áreas. Ello sería útil al establecer metas y planificar cómo lograrlas en el período 2003–2007. Los delegados también aconsejaron no establecer demasiadas metas

durante el próximo período, pues el gran número de metas quizá había acrecentado la dificultad de evaluar las OEP correspondientes a 1999–2002.

El Comité opinó que el valor mayor de la evaluación radicaba quizá en las enseñanzas extraídas, las cuales ayudarían a mejorar la planificación para el próximo período y a evitar algunos de los problemas que habían obstaculizado la vigilancia y la evaluación en 1999–2002. Uno de esos problemas eran las metas y los objetivos excesivamente amplios. Para evaluar el progreso, era necesario estipular las metas en términos precisos y específicos. Otro problema que había complicado la evaluación de las OEP era la falta de información de base que proporcionara un punto de referencia para medir el cambio en los indicadores. Varios delegados observaron que las metas determinadas para cada país o grupo de países variarían según el punto de comparación. En el caso de la mortalidad materna, por ejemplo, en los países que ya tenían tasas bajas sería difícil lograr reducciones adicionales grandes, de manera que debía fijarse una meta menor que la de los países con tasas relativamente altas. Además, al formular metas y objetivos, era necesario dejar margen para circunstancias imprevistas, tanto externas como internas, que pudiesen afectar a su consecución y reconocer que el logro de muchas metas de salud requería la participación de otros sectores. También era necesario mejorar los sistemas nacionales de información y estandarizar los datos producidos a fin de permitir las comparaciones y remediar las carencias de información mencionadas en el informe de la evaluación.

Al Comité le complació que las recomendaciones del SPP se hubiesen tenido en cuenta al llevar a cabo la evaluación final, en particular la incorporación de las OEP por los países en su planificación y formulación de políticas nacionales. Los resultados eran indicativos del grado en que la planificación estratégica regional había influido en la planificación y el trabajo del sector de la salud en los países. Al mismo tiempo, sin embargo, la planificación de la Organización debía apoyarse en la planificación estratégica nacional para lograr que la cooperación técnica respondiera a las prioridades y necesidades determinadas por los países. En ese sentido, los delegados encomiaron a la Oficina por sus esfuerzos para lograr que la planificación y la evaluación fuesen lo más participativas posible y, especialmente, para procurar incluir desde el principio a los Estados Miembros en la planificación estratégica para el próximo período.

El representante del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) subrayó la necesidad de tener en cuenta las metas mundiales y regionales de desarrollo en la planificación estratégica de la Organización. Estuvo de acuerdo en que medir la repercusión de la cooperación técnica era sumamente difícil. Para hacerlo, era esencial implantar un método de evaluación desde el principio de la planificación estratégica. También era necesario asignar recursos (humanos y económicos) específicamente para la evaluación. Al BID le complacería colaborar con la OPS para llevar a cabo evaluaciones

conjuntas de la cooperación técnica, con miras a superar algunas de las dificultades encontradas en la evaluación de las OEP.

El Dr. Perdomo agradeció a los delegados sus sugerencias, que ayudarían a la Oficina a mejorar el informe de evaluación para presentarlo a la Conferencia Sanitaria Panamericana. Señaló que otra cosa que había complicado la planificación y evaluación había sido la responsabilización con respecto a las metas establecidas. En varias ocasiones en años recientes, los Cuerpos Directivos habían analizado si las OEP eran la responsabilidad exclusiva de la Oficina o si a los países les competía también la responsabilidad de alcanzar algunas metas. Con relación a muchos de los objetivos determinados por la Organización y luego incorporados en la planificación estratégica y programación de la Oficina, los gobiernos tenían una responsabilidad innegable, pues eran responsables de la salud a nivel nacional.

El análisis de la situación sanitaria a nivel de país y la evaluación de los efectos de la cooperación técnica habían requerido un modelo integral de evaluación, apoyado por sistemas de información fiables. Otro reto, como había observado el Comité, había sido encontrar métodos que permitieran a la Oficina explicar los resultados e identificar los factores que habían impedido o facilitado el logro de los objetivos, incluidos los factores externos y los factores estructurales e institucionales de la Organización. La Oficina seguiría trabajando para abordar esos retos y mejorar el proceso de evaluación.

Al Director le complació que los delegados hubieran considerado valiosa la evaluación. A pesar de sus deficiencias, creía que la iniciativa había sido útil, especialmente porque había puesto de relieve los escollos que la Oficina debía tener cuidado de evitar en el próximo ciclo de planificación. Es más, era saludable para una organización examinar si había logrado los objetivos que se había fijado. Como había señalado el Comité, uno de los retos de la evaluación era lograr que el proceso fuese evaluable desde el comienzo. También se necesitaba contar con buena información para determinar si las metas se habían alcanzado o no. La OPS había estado trabajando para mejorar la producción de información en la Región, y los países habían hecho extraordinarios avances en el fortalecimiento de sus sistemas de información y el aumento de la disponibilidad de datos. También habían logrado avances en el desglose de la información para revelar desigualdades entre las zonas geográficas y los grupos de población. Como resultado, para las evaluaciones futuras se contaría con mucha mejor información.

El Director estuvo de acuerdo asimismo en que, para lograr el carácter evaluable, era esencial estipular las metas con la mayor exactitud posible. No obstante, algunas metas eran intrínsecamente más difíciles de medir que otras. Las metas de proceso, por ejemplo, eran especialmente difíciles de medir. También estuvo de acuerdo en que al establecer metas debían tenerse en cuenta las diferencias dentro de los países y entre

estos. Era importante evitar la "tiranía de las medias estadísticas", que no reflejaban tales diferencias. Si se aceptaba que una parte de la misión de la Organización era fomentar la equidad, las metas tenían que expresarse como metas de equidad. Eso significaba establecer metas no solo en cuanto a porcentajes o niveles específicos, sino también en cuanto a reducir las brechas dentro de los países y entre estos.

El Comité tomó nota del informe de la evaluación, pero no consideró necesario aprobar una resolución sobre este tema (decisión CE130[D4]).

Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007 (documento CE130/12)

La Dra. Karen Sealey (Jefa, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica, OPS) presentó el plan estratégico para el período 2003–2007. Empezó por señalar que, como la Organización estaba celebrando su centenario, era apropiado que empezara a prepararse para los próximos cien años de salud en la Región; el plan estratégico para 2003–2007 marcaría el primer paso en esa dirección. Luego describió las características clave del proceso de planificación, recalcando que la formulación del plan se había guiado por los principios de la equidad y el panamericanismo, ideales con los cuales la OPS había estado comprometida a lo largo de sus cien años de historia. En el proceso de planificación se había procurado definir las prioridades de cooperación técnica en que la Oficina se centraría para apoyar la satisfacción de las necesidades de desarrollo sanitario de los países y determinar cómo podría mejorar su propio desempeño para cumplir mejor ese cometido.

El proceso se había diferenciado del proceso de planificación anterior de varias maneras importantes. Por primera vez, el plan estratégico abarcaría cinco años, no cuatro, como en el caso de los marcos de planificación anteriores. Además, se había redefinido la misión de la Oficina y se habían aclarado sus valores y visión, y esas definiciones se habían usado para impulsar el proceso de planificación estratégica. La planificación se había guiado no solo por el análisis tradicional del ambiente externo, sino por una evaluación interna, que había procurado identificar los puntos fuertes y los puntos flacos de la Oficina y establecer un punto de comparación para vigilar su desempeño. Al elaborar el plan, la Oficina también había sido muy consciente de las enseñanzas extraídas de la evaluación de las OEP. El proceso había identificado no solo las áreas técnicas para la acción, sino los temas fundamentales de organización. Para cada una de esas áreas y temas, la Oficina había establecido objetivos y estrategias que se pondrían en práctica mediante los proyectos de cooperación técnica y las iniciativas de desarrollo institucional. Finalmente, la vigilancia y evaluación se habían incorporado en el proceso de planificación.

Los valores que guiarían la labor de la Oficina eran la equidad, la excelencia, la solidaridad, el respeto y la integridad. Su visión era la de ser el catalizador principal para lograr que todos los habitantes de las Américas gozaran de una salud óptima y contribuyeran al bienestar de su familia y su comunidad. Su misión era encabezar las actividades colaborativas estratégicas entre los Estados Miembros y otros copartícipes para promover la equidad en materia de salud, combatir las enfermedades y mejorar la calidad de vida y prolongar la vida de los habitantes de las Américas.

El plan expuesto en el documento CE130/12 representaba la respuesta de la Oficina a la situación revelada por los análisis internos y externos, cuyos resultados se resumían en el documento. El plan determinaba tres prioridades principales para la cooperación técnica: grupos de población especiales (poblaciones de bajos ingresos o pobres; grupos étnicos y raciales, especialmente las poblaciones indígenas; y las mujeres y los niños); países clave (países pobres muy endeudados [PPME]) o países con una situación sanitaria intolerable, en particular Haití, Bolivia, Honduras, Guyana y Nicaragua); y áreas técnicas prioritarias. El plan incluía ocho áreas prioritarias: 1) prevención, control y reducción de las enfermedades transmisibles; 2) prevención, control y reducción de las enfermedades no transmisibles; 3) promoción de modos de vida sanos y ambientes sociales saludables; 4) crecimiento y desarrollo saludable; 5) promoción de entornos físicos seguros; 6) preparativos, manejo y respuesta para casos de desastre; 7) acceso universal garantizado a sistemas de salud integrados, equitativos y sostenibles; y 8) promoción de aportes de salud eficaces en las políticas sociales, económicas, culturales y de desarrollo. En cada área se describían los temas y retos clave, así como los objetivos para la cooperación técnica de la Oficina, sus puntos fuertes y débiles, y las oportunidades para la acción.

En el plan también se estipulaban seis temas de organización críticos para mejorar la eficacia y la eficiencia de la Oficina: 1) cierre de la brecha de la información y la comunicación y aprovechamiento al máximo de la tecnología de la información y la comunicación; 2) mejor capacidad de previsión; 3) aprovechamiento de la ciencia y la tecnología para abordar los problemas de la inequidad en la Región; 4) colocación de la Oficina en una posición que le permitiera influir en asuntos transnacionales y mundiales; 5) atracción y contratación de una fuerza de trabajo creativa, competente y comprometida; y 6) transformación de la Oficina en una institución de alto desempeño.

La Oficina reconocía que el plan necesitaba refinarse y que, una vez que se aprobara, se necesitaría una estrategia de comunicación para mantener al personal informado y proporcionar retroalimentación sobre su ejecución. Además, la vigilancia y evaluación debían ser partes integrantes del proceso. Reconociendo que actuaba en un escenario donde había muchos otros actores, la Oficina se había esforzado en formular objetivos que fueran lo más específicos posible para facilitar la evaluación de su contribución al desarrollo sanitario de la Región y evitar los problemas que habían

obstaculizado la evaluación de la repercusión de la cooperación técnica en el período precedente.

El Comité Ejecutivo felicitó a la Dra. Sealey y su equipo por haber producido un documento claro y muy completo, que representaba una gran mejora por comparación con los documentos de planificación anteriores y representaba un buen comienzo de la planificación estratégica a comienzos del nuevo milenio. Los delegados comentaron que el plan presentaba una visión para el trabajo de la Organización a largo plazo, así como un marco para la cooperación técnica de la Oficina en los próximos cinco años. Los delegados también felicitaron a la Oficina por sus esfuerzos para buscar las máximas aportaciones de los Estados Miembros y otros interesados directos al formular el plan.

El Comité recibió con beneplácito los cambios introducidos desde que el SPP había considerado el plan estratégico en marzo de 2002, en particular la mención específica de los indígenas y los niños entre los grupos especiales en los cuales se concentraría la atención. Sin embargo, se señaló que no se habían incorporado algunas de las recomendaciones hechas durante la sesión del SPP, en particular las relativas a la sección sobre la globalización y la visión de la Oficina Sanitaria Panamericana. Con relación a esta última, se había pedido a la Oficina que tratara de presentar un punto de vista más equilibrado, reconociendo algunas de las oportunidades que la globalización podría crear para el desarrollo sanitario, y no sólo sus efectos adversos. En cuanto al enunciado de visión, se pedía nuevamente a la Oficina que considerara la conveniencia de cambiar la redacción a: "La OSP será un catalizador importante para lograr que todos los pueblos de las Américas gocen de salud óptima", a fin de reconocer que muchos otros organismos y organizaciones estaban trabajando para mejorar la salud en la Región. A este respecto, se sugirió que se debía reconocer más la función de otros organismos multilaterales, especialmente el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), así como las organizaciones no gubernamentales que trabajaban en el campo de la salud. También se señaló que en el documento no se mencionaba la colaboración de la OPS con el BID y el Banco Mundial en el marco de la Agenda Compartida para la Salud.

Se expresó cierta inquietud sobre si el documento describía correctamente la función de la OPS con respecto a los países. Un delegado opinó que la redacción del documento necesitaba ajustarse para dejar claro que la OPS no era una entidad supranacional sino una organización que reflejaba los intereses de los Estados Miembros y colaboraba con ellos para fomentar el desarrollo sanitario en las Américas. Otros delegados señalaron que el documento se había concebido para guiar la cooperación técnica de la Oficina con los países y que eso indicaba claramente que la OSP ayudaba a los países a ayudarse a sí mismos y que llevaba a cabo sus funciones en colaboración con los Estados Miembros. Es más, las prioridades para 2003–2007 se habían determinado en consulta con los países y reflejaban las prioridades que estos habían establecido para

mejorar la salud de sus habitantes. Sin embargo, un delegado dijo que se necesitaba un enunciado más claro de la forma como la Oficina ayudaría a los países a alcanzar sus metas. El mismo delegado señaló que alcanzar ciertas metas era a menudo una condición para obtener financiamiento y otras formas de cooperación internacional, y que la Oficina, como el socio principal de los países en el ámbito de la salud, debía contraer un compromiso cuantificable para colaborar con ellos a alcanzar esas metas.

Los delegados opinaron que las ocho áreas técnicas prioritarias reflejaban exactamente las principales prioridades del desarrollo sanitario en la Región; sin embargo, algunos advirtieron que el plan quizá determinaba demasiadas prioridades. El representante del BID señaló que las prioridades, por definición, debían ser pocas e indicó que la Oficina tal vez querría aclarar cuál de las prioridades sería el foco principal de atención del trabajo en el período 2003–2007 y cuáles representaban objetivos estratégicos a más largo plazo. Algunos delegados creían que los objetivos definidos para cada prioridad debían enunciarse en términos más precisos y cuantificables, a fin de facilitar la vigilancia y evaluación. Un objetivo, por ejemplo, era "reducir la morbilidad debida a la tuberculosis, la malaria y el dengue", pero no establecía ninguna meta específica, lo cual dificultaría medir el progreso. También se recalcó la necesidad de vincular claramente las prioridades regionales con las prioridades mundiales establecidas por la OMS y con las metas y mandatos internacionales.

Un delegado señaló que la clasificación de los países de la Región según la etapa de la transición demográfica en que se hallaban difería de los sistemas de clasificación usados por otros organismos y comentó que tales clasificaciones podrían tener consecuencias potencialmente negativas. Por ejemplo, la clasificación de un país en cierta categoría de ingresos podría perjudicar sus posibilidades de recibir créditos y cooperación técnica. El representante del BID comentó que el hincapié del plan en un número muy limitado de países podría plantear cuestiones de justicia y equidad, especialmente porque otros países de la Región tenían condiciones y problemas similares a los de los países clave.

Los delegados hicieron algunas otras sugerencias para refinar el documento, y algunos presentaron por escrito los cambios propuestos. Un delegado opinó que el documento se fortalecería si se explicaban los supuestos en que se basaba el plan estratégico, los riesgos que podrían afectar a su ejecución y las estrategias para afrontar esos riesgos. El mismo delegado subrayó la necesidad de allegarse recursos financieros y humanos suficientes para llevar a cabo el plan. Otro delegado sugirió que las referencias en el documento a los "servicios de salud reproductiva" se cambiaran a "atención de salud reproductiva", pues este término era más abarcador y más acorde con la terminología actualmente en uso en otros foros internacionales. Se señaló que el documento no establecía ningún objetivo con respecto a las enfermedades cardiovasculares y se sugirió incluir una meta para la reducción de la hipertensión arterial. Con relación a la sección

sobre el manejo de desastres, se recalcó que abordar la amenaza del bioterrorismo debía ser una prioridad de cada país y de la Organización, que por mucho tiempo había sido líder en el continente en la esfera de preparativos y mitigación de situaciones de emergencia.

La Dra. Sealey agradeció a los delegados sus sugerencias constructivas, que ayudarían a la Oficina a seguir mejorando el plan. Ella deseaba allanar cualquier inquietud con relación a las funciones de la Oficina: la Oficina existía para servir a los países y cooperar con ellos, y el plan tenía por finalidad guiarla en el desempeño de esas funciones. La Oficina era muy consciente de que no actuaba en el vacío y que debía tener en cuenta tanto a los otros actores que trabajan en el sector de la salud como las prioridades, los mandatos y los compromisos emanados de las diversas cumbres internacionales y otras fuentes. En realidad, al formular el plan, la Oficina había creado una matriz que mostraba la relación entre las prioridades de la OPS y las de la OMS, las metas de desarrollo de la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas y las metas y objetivos surgidos de las Cumbres de las Américas y otros foros. La próxima versión del documento mostraría esos nexos más claramente.

Considerando las observaciones del Comité, quizá fuera aconsejable replantear la clasificación de los países y la selección de los países clave, teniendo presente que tal vez hubiera que desplazar el foco de atención a otros países. Sin embargo, estaba claro que los Cuerpos Directivos habían estado de acuerdo en que era aconsejable la determinación de países, grupos y prioridades clave para la cooperación técnica. Muchas de las otras inquietudes planteadas por el Comité se abordarían a medida que la Oficina empezara a poner en práctica el plan. La asignación de los recursos, por ejemplo, se examinaría cuando los Cuerpos Directivos revisaran la política del presupuesto de la Organización, según lo había recomendado el SPP en 2000. En cuanto a la puesta a prueba de los supuestos y la evaluación de riesgos, eso ocurriría cuando se preparara el presupuesto bienal por programas. La oradora concluyó recalcando la importancia de la planificación en dos sentidos que conciliaba las prioridades de salud nacionales con los objetivos regionales que habían aceptado los países.

El Director dijo que, en sus 21 años con la Organización, nunca había visto un proceso de planificación que hubiese sido tan participativo e iterativo. La Oficina se había tomado a pecho las enseñanzas extraídas del ciclo de planificación precedente, una de las cuales había sido que se necesitaba involucrar a una amplia variedad de interesados directos en la planificación para 2003-2007. Los documentos de planificación anteriores habían establecido responsabilidades conjuntas de la Oficina y los países. Posteriormente, habían reflejado lo que la Oficina haría en colaboración con los países. Nunca antes, en un documento de planificación estratégica, se habían determinado cuestiones institucionales que era preciso abordar para lograr los objetivos establecidos. La Oficina se estaba comprometiendo a hacer las modificaciones internas necesarias para colaborar

eficazmente con los países miembros en las ocho áreas prioritarias descritas en el plan. Recalcó que esas ocho áreas no se habían elegido teniendo en cuenta la estructura actual de la Oficina. Creía que esa estructura debía ser una consecuencia de la función, no a la inversa; después que se aprobara el plan, la estructura de la Oficina se ajustaría según fuera necesario.

Como había dicho la Dra. Sealey, la Oficina estaba al servicio de los países. El Director aseguró al Comité que la OPS nunca intentaría adoptar una postura supranacional. En cuanto al enunciado de visión, instó a los delegados a que le permitieran a la Oficina conservar la redacción que aparecía en el documento. La Oficina aspiraba verdaderamente a ser el catalizador principal para el desarrollo sanitario en la Región. No quería ser uno entre muchos; quería ser el mejor.

En lo que se refiere a la selección de los países prioritarios, señaló que esperaba que quedara claro que ese criterio reflejaba los valores que guiaban a la OPS, especialmente la equidad y el panamericanismo. Si la Organización realmente creía en esos valores, debía asumir conjuntamente cierta responsabilidad para mejorar la situación de los países que estuvieran en desventaja con respecto a otros países. Por eso se habían seleccionado determinados países como focos de atención especial. Estaba de acuerdo en que podrían aplicarse otros criterios para seleccionar esos países y, si resultaba necesario desplazar el foco de atención, la Oficina lo haría. Pero él creía que, al menos inicialmente, era apropiado dar consideración especial a los cuatro PPME mencionados y a Haití.

Por lo que toca a la falta de precisión y objetivos cuantificables, señaló que los objetivos establecidos en el documento eran objetivos estratégicos para la cooperación técnica, no metas específicas con plazos establecidos para su consecución. Las metas y los resultados esperados específicos se definirían en el presupuesto bienal por programas, y lo propio se haría con los indicadores para vigilar el progreso. En lo referente a la vigilancia y evaluación, cuando el SPP se reuniera en marzo de 2003, la Oficina estaría en condiciones de proporcionar información más específica sobre el método que se usaría para esa finalidad.

El logro de los objetivos fijados a tenor del plan dependería de la capacidad de ejecución de la Oficina, que era algo limitada. No obstante, la Oficina haría el mejor uso posible de los recursos humanos y financieros que los Estados Miembros habían puesto generosamente a su disposición para ejecutar plenamente el plan.

El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE130.R1, por la cual avala el plan estratégico.

Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (documento CE130/13)

El Dr. Yehuda Benguigui (Asesor Regional en Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, OPS) examinó los antecedentes y el contenido de la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) y el progreso logrado como resultado de su aplicación. También describió los retos para la ampliación de la estrategia.

En la Región de las Américas, aproximadamente medio millón de niños morían de causas evitables y, de esas defunciones, cerca de 200.000 podían evitarse fácilmente con la tecnología existente. La OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) habían creado la AIEPI a comienzos de los años noventa como una estrategia para evitar las defunciones, reducir la morbilidad y mejorar las condiciones de salud y de atención a los niños en los cinco primeros años de vida. La característica definitoria de la estrategia de AIEPI era que se centraba en la salud y el bienestar del niño en su totalidad, no en enfermedades específicas. Incorporaba la prevención de enfermedades y la promoción de la salud como parte de la atención, con lo cual se evitaban el desaprovechamiento de oportunidades para la detección y el tratamiento temprano de las enfermedades, la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud para el niño y toda la familia. Es más, la AIEPI era un medio para promover la equidad en materia de salud porque podía proporcionarse a la población mediante los servicios de salud en el primer nivel de atención.

La OPS había introducido oficialmente la estrategia en 1996. En 1999, el Consejo Directivo había aprobado la resolución CD41.R5, por la cual instaba a los Estados Miembros a que adoptaran y ampliaran la aplicación de la estrategia de AIEPI y solicitaba al Director que apoyara activamente el proceso. La iniciativa "Niños sanos: la meta del 2002", lanzada por el Director ese mismo año, tenía por fin evitar 100.000 defunciones de niños menores de 5 años durante el período 1999–2002 y garantizar el acceso a la estrategia de AIEPI, especialmente para los grupos más vulnerables. A finales de 2001, 17 países de la Región habían adoptado la estrategia y todos se habían incorporado a la iniciativa mencionada. Los resultados habían sido sumamente positivos. Durante el primer año de "Niños sanos", por ejemplo, se habían evitado más de 33.000 defunciones infantiles. Las evaluaciones habían revelado mejoras significativas, también, en diversos indicadores de la calidad de atención, como el mal uso de los antibióticos y otros medicamentos para tratar las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas.

No obstante, aún quedaban varios problemas por resolver. Para ampliar los beneficios de la estrategia, se necesitaba lograr su uso eficaz por todos los trabajadores de salud, incluidos los comunitarios; priorizar los grupos de población vulnerables; e

incorporar la AIEPI en la formación y los programas de servicio social obligatorio de los profesionales de la salud. También era preciso adaptar la estrategia al perfil epidemiológico de los países, modificándola para tratar el asma, la violencia y el maltrato de menores, la diabetes y el sobrepeso y otros problemas de salud del niño prevalentes en la Región. Otros imperativos eran promover el uso de las 16 prácticas familiares clave prescritas por la OMS y el UNICEF para fomentar el crecimiento y desarrollo sanos de los niños y la movilización de los recursos para ampliar la aplicación de la AIEPI.

El Comité Ejecutivo expresó su apoyo firme a la estrategia de AIEPI. Junto con la inmunización, la estrategia se consideraba un pilar para mejorar la salud del niño y aminorar las desigualdades de salud entre los grupos de población. El Comité también respaldó la ampliación de la estrategia para incluir otros componentes, especialmente las actividades para abordar las causas perinatales de defunción, lo que también ayudaría a reducir la mortalidad materna. Sin embargo, se recalcó que los recursos invertidos para ampliar la estrategia deberían incluir medios para la vigilancia y evaluación, a fin de seguir el progreso y la repercusión de la estrategia. Un delegado sugirió que el documento incluyera una sección específica sobre la vigilancia y evaluación de la estrategia de AIEPI y las medidas, por parte de los países y la Organización, para mejorar la cobertura y la eficacia de la misma. También se consideró necesario evaluar rigurosamente las 16 prácticas clave para conseguir que las intervenciones futuras siguieran siendo pertinentes y se basaran en pruebas sólidas y en la experiencia.

El Comité expresó la inquietud de que los recursos humanos necesarios para ampliar la AIEPI eran insuficientes. La estrategia debía concentrarse en los trabajadores de salud que tenían máximo contacto con familias y comunidades vulnerables, lo cual significaba que se requeriría más personal de enfermería y auxiliar, especialmente al nivel de atención primaria. La Región tenía en ese momento una razón médico/enfermera de 6:1, lo cual representaba un obstáculo importante para la ampliación de la estrategia. Por consiguiente, se recomendó que la resolución sobre este tema hiciera un llamamiento a fortalecer el número y la diversidad de los recursos humanos para tratar eficazmente a los niños enfermos y las causas de la enfermedad.

El Dr. Benguigui estuvo de acuerdo en que la formación de recursos humanos y la vigilancia y evaluación continuas eran cruciales para la aplicación satisfactoria de la estrategia. En cuanto a los primeros, la OPS estaba trabajando con escuelas que formaban pediatras, enfermeras, nutricionistas y otros profesionales sanitarios, con miras a introducir más instrucción sobre atención primaria de salud y aplicación de la estrategia de AIEPI, al objeto de complementar los programas de formación actuales, que seguían centrándose en gran parte en la atención hospitalaria de síndromes complejos. La Organización estaba concentrándose, en particular, en los miles de egresados de las facultades de medicina de la Región que estaban obligados a realizar el servicio social durante 10 a 12 meses en zonas remotas, pues esos profesionales jóvenes representaban

una oportunidad excelente para ampliar los beneficios de la estrategia a las poblaciones subatendidas.

Con respecto a la vigilancia y evaluación, varios países de la Región de las Américas habían sido escogidos para participar en una evaluación multipaíses de la eficacia, el costo y la repercusión de la estrategia de AIEPI, coordinada por la sede de la OMS en Ginebra. La evaluación se había concebido para determinar la eficacia en función de los costos de la estrategia y averiguar si tenía una repercusión significativa sobre la mejora de la salud, la mortalidad y el estado de nutrición de los niños y los comportamientos familiares. Además, la OMS había formulado normas para el seguimiento después de la capacitación como un medio de reforzar las aptitudes de los trabajadores de salud en la aplicación de la AIEPI y de recabar información sobre su desempeño para mejorar la aplicación de la estrategia. En cuanto a la evaluación de las 16 prácticas familiares clave, se estaban preparando protocolos para medir su repercusión.

El Comité aprobó la resolución CE130.R8 sobre este tema.

Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo (documento CE130/14)

El Dr. Daniel López Acuña (Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, OPS) presentó una puesta al día de la iniciativa conjunta que estaban emprendiendo la OPS y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para promover el acceso equitativo a los servicios de salud en América Latina y el Caribe, en particular para las personas que trabajaban en el segmento informal de la economía y otros que carecían de cobertura suficiente de asistencia sanitaria. El reto fundamental que afrontaban los sistemas de salud de los países de la Región era evaluar cómo garantizar a todos los ciudadanos un nivel básico de protección social en materia de salud que contribuyera a eliminar las disparidades en el acceso a los servicios básicos de calidad y también proporcionara a los grupos sociales excluidos la oportunidad de obtener servicios esenciales de asistencia sanitaria que satisficieran sus necesidades y demandas, independientemente de su capacidad de pago. La justificación de la iniciativa incluía la persistencia de la exclusión económica, étnica y cultural; lo inadecuado de los mecanismos existentes de protección social para responder a nuevos problemas; y el imperativo de que las reformas debían conducir a sociedades que fuesen más incluyentes de todos los ciudadanos y no a una mayor exclusión, marginación y falta de protección social.

La "protección social en materia de salud" no se definía como la provisión efectiva de servicios de salud ni como la construcción de establecimientos de salud, sino como la garantía de la sociedad, por intermedio de las diferentes autoridades públicas, de

que los individuos o los grupos de individuos podrían satisfacer sus necesidades de salud mediante el acceso adecuado a los servicios sanitarios, ya fuese por un sistema nacional de salud o algún otro sistema, independientemente de la capacidad de pagar. Tres condiciones tenían que cumplirse para garantizar la protección social en materia de salud: el acceso a los servicios de salud, la seguridad financiera de la familia y la dignidad en la prestación de la atención. En el documento CE130/14 se describían los factores que conducían a la exclusión en materia de salud —en particular la pobreza— y los obstáculos principales para ampliar la protección social. También se examinaba la magnitud de la exclusión en materia de salud y se explicaba la dificultad de medirla. Se mencionaban asimismo varias estrategias para ampliar la protección social en materia de salud, basándose en intervenciones que habían resultado eficaces en el pasado en los países de América Latina y el Caribe. Entre ellas figuraban los regímenes especiales de seguridad social sin requisitos de cotización de los beneficiarios; los planes voluntarios de seguro subsidiados por el gobierno; la ampliación limitada de la prestación de servicios; los sistemas comunitarios de protección social; y el desarrollo gradual de sistemas de salud unificados, que combinaban los subsistemas público y privado.

En el documento se proponían cuatro líneas de acción en relación con la función rectora, el financiamiento de la protección social, el aseguramiento de salud y la prestación de servicios. Como los interesados directos pertinentes pertenecían con frecuencia a sectores diferentes del de la salud —como los de hacienda, política social, trabajo y empleo, educación, industria, etc.—, era importante llevar a cabo un proceso participativo a nivel nacional, con inclusión de todos los interesados directos clave. Ese proceso conduciría a la formulación de una estrategia nacional y un plan nacional de acción para ampliar la protección social en materia de salud. En el plano regional, la OPS y la OIT apoyarían a los países mediante una variedad de actividades, incluidas la promoción y divulgación de la iniciativa; la identificación de las causas y la magnitud de la exclusión y las formas de combatirla; el establecimiento de un centro de distribución de información sobre prácticas y conocimientos adecuados; y la movilización de recursos.

El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito la puesta al día de la iniciativa conjunta, que se describió como un instrumento valioso para apoyar los esfuerzos de muchos países a fin de mejorar el acceso a los servicios de salud para todos sus habitantes, en particular los pobres, marginados y vulnerables. Los delegados aplaudieron el enfoque multisectorial planteado en el documento y el reconocimiento de que el tema de la protección social se relacionaba no solo con la salud sino también con la vivienda, la educación, el ambiente y muchos otros factores. Al Comité le complació, también, ver el hincapié que se había hecho en la sensibilidad cultural y la dignidad en la atención médica.

Los delegados hicieron varias sugerencias para mejorar el documento. Una de ellas fue la incorporación de estudios de casos de programas e iniciativas que hubiesen tenido éxito en mejorar la prestación de servicios de salud a grupos de población sin protección, tanto dentro como fuera de la Región. Un delegado pidió aclaración acerca de los métodos usados para obtener las cifras citadas de exclusión de la protección social y advirtió contra el uso de los indicadores que pretendían medir la exclusión sólo en cuanto a la demanda de los servicios de salud, ya que esta última estaba influida por factores múltiples, entre ellos las percepciones culturales acerca de la salud y la enfermedad y los aspectos económicos y sociales. También se solicitó la aclaración de las funciones y contribuciones respectivas de la OPS y la OIT en la iniciativa.

El Comité solicitó información más detallada sobre cómo habían funcionado ciertos sistemas de seguro y en qué países habían tenido éxito. Se hizo un llamamiento a ahondar en el análisis de las medidas precisas que estaban recomendándose para los países y la Organización, así como en la contribución de contrapartida esperada de los países. Se consideró que el documento no aclaraba si la ampliación de la protección social se estaba proponiendo como una meta del sistema de salud o como un medio de lograr mejores resultados de salud. También se pidió aclarar si el enfoque de protección social se relacionaba con la labor de la OMS y de qué manera lo hacía, en cuanto al desempeño de los sistemas de salud y la elaboración de indicadores de justicia financiera y la capacidad de respuesta.

Algunos delegados opinaron que el documento no enunciaba claramente la relación entre las reformas actuales en el sector de la salud —que muchos países de las Américas habían emprendido como una manera de ampliar la cobertura— y el concepto de la protección social y sus componentes. Se necesitaba elaborar más la parte conceptual para definir, medir y evaluar el estado actual de la protección y la exclusión social en la Región. Quizá fuera aconsejable emprender una serie de iniciativas de demostración antes de lanzar una iniciativa en gran escala basada en mecanismos predeterminados. Se sugirió además agregar una parte sobre las implicaciones de los diversos modelos presentes en el mercado de trabajo, y acerca de la competitividad, en particular en el contexto de la globalización y la competencia internacional. Se propuso asimismo examinar la sostenibilidad de los diversos modelos, especialmente con relación a cualquier posible conflicto con otros componentes de la seguridad social, como las pensiones.

Un delegado opinó que la frase "la prestación de servicios es el punto donde se satisfacen las necesidades de salud de la población" quizá no fuese completamente exacta, pues las necesidades de salud de una población podían satisfacerse mediante una variedad de medios, incluidos los enfoques comunitarios, el agua potable y el saneamiento, otros programas de salud pública y mejores comportamientos individuales o hábitos más saludables. Además, la afirmación del documento en el sentido de que la

protección social debía entenderse como la garantía, por parte del Estado, de un derecho que sus ciudadanos podían ejercer quizá no se aplicase forzosamente en todos los casos. Mientras que la constitución de muchos países consagraba el derecho de los ciudadanos a la salud y la responsabilidad del gobierno de proteger ese derecho, el acceso a los servicios de salud no se consideraba un derecho fundamental por todos los sistemas jurídicos. Si bien la cooperación entre la OPS y la OIT podría ser útil para emprender acciones de cooperación técnica en los países, al llevar a cabo estudios o investigaciones o al formular recomendaciones, lo cierto era que cada país tenía su propia situación, sus propias reglas y su propia concepción de las cosas y tenía que buscar sus propias soluciones a los problemas del acceso a la asistencia sanitaria o la exclusión de la misma.

Se señaló que la emigración de los profesionales sanitarios estaba teniendo un efecto devastador sobre la capacidad de algunos países de prestar asistencia. Como el problema se relacionaba directamente con el acceso a la atención de salud y con el trabajo, quizá fuese apropiado abordarlo en el marco de la iniciativa conjunta de la OPS y la OIT. También se sugirió que los Cuerpos Directivos podrían examinar el tema de la migración de la fuerza de trabajo sanitaria como otro punto del orden del día en algún momento futuro.

Varios delegados describieron las iniciativas que se estaban realizando en sus países en el ámbito general de la ampliación de la protección social en materia de salud. La mayoría colocaron el acento en la necesidad de una estrecha cooperación entre los ministerios de salud y del trabajo, y algunos también mencionaron la necesidad de participación del ministerio de asuntos ambientales. Varios delegados describieron también conferencias, reuniones y seminarios relacionados con el tema que habían tenido lugar en sus países.

El Dr. López Acuña expresó su agradecimiento por las sugerencias para enriquecer el documento. Explicó que la ampliación de la protección social en materia de salud era a un tiempo una parte de una meta —a saber, el mejoramiento del acceso universal a la asistencia sanitaria— y un instrumento muy importante para lograr mejores resultados, al facilitar el acceso a la atención y mejorar su eficacia e idoneidad. En respuesta a la solicitud de estudios de casos y mayores detalles, señaló que la OPS y la OIT estaban trabajando en un documento de antecedentes que sería mucho más detallado que el documento CE130/14. Estuvo de acuerdo con la sugerencia de que los métodos para estudiar la exclusión no podían basarse en un solo indicador, pues la exclusión estaba influido por factores geográficos, culturales, lingüísticos y muchos otros.

Con respecto a las preguntas sobre el papel que competía a las dos organizaciones, explicó que la OPS colaboraba con la OIT en muchas esferas, como la salud ocupacional y la gestión y planificación de recursos humanos. La colaboración en la ampliación de la protección social en materia de salud era una más de esas esferas. Por

tres años, tanto la OPS como la OIT habían venido asignando recursos de sus presupuestos ordinarios respectivos. Además, se habían recibido donaciones de Bélgica, Francia, Suecia y la Unión Europea. El orador informó de que el financiamiento externo, en particular de Suecia, se había usado para realizar estudios piloto con miras a caracterizar la exclusión desde el punto de vista de diversos indicadores. Ese trabajo seguiría, junto con algunos pasos preliminares dirigidos a entablar el diálogo social con objeto de determinar las estrategias adecuadas para dar cobertura a los grupos de población con acceso insuficiente a los servicios de salud, en particular los de la economía informal. También se había efectuado un análisis muy minucioso, que había tardado más de un año, de evaluaciones comparativas de esquemas de microseguro, análisis comparativos de las primas y el comportamiento del gasto en efectivo.

Recalcó que se había buscado la convergencia con iniciativas de reforma del sector de la salud. Era de esperar que, al amparo del paradigma de la sinergia que la OPS y la OIT procuraban promover, podrían mobilizarse recursos que se agregarían a los niveles relativamente moderados utilizados hasta la fecha.

El Director dijo que la OPS era muy sensible a la necesidad de basar la satisfacción de las necesidades en la demanda. Gran parte de las conversaciones con la OIT se habían referido precisamente a ese aspecto. Los estudios habían revelado claramente que cualquier medición de la demanda era realmente un pozo sin fondo, y que nunca sería posible satisfacer plenamente las demandas de la población en cuanto a servicios de salud. Las observaciones de los delegados habían señalado muy claramente que se debía considerar cierta cuantificación de las necesidades, lo cual planteaba una pregunta muy difícil, es decir, cómo calcular la necesidad desde el punto de vista de las personas que estaban socialmente excluidas. Por más difícil que pareciera, sería esencial encontrar métodos para lograrlo.

En cuanto al tema de si la protección social era o no un derecho, observó que el derecho a la salud se había reconocido desde hacía mucho tiempo en la Región. En la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, todos los países americanos habían afirmado que toda persona tenía el derecho a las medidas sanitarias y sociales necesarias para preservar la salud. Al mismo tiempo, la OPS reconocía sin duda que había sistemas fundamentalmente diferentes en los distintos países y que se debía dejar margen para la expresión del "sabor" particular de la realidad socioeconómica local. La Oficina trataría de que el documento fuese más claro en ese sentido.

El Director deseaba asegurar de nuevo al Comité que no había ninguna contradicción entre el trabajo de la OPS, según se describía en el documento, y lo que estaba sucediendo en la OMS. Posiblemente hubiera algunas diferencias conceptuales con relación a los sistemas de salud, pero fundamentalmente se había llegado al acuerdo de que la finalidad esencial de los sistemas de salud era mejorar los resultados de salud.

La OPS podía colaborar con la OIT de tres maneras básicas: podía proporcionar un análisis de la situación; podía facilitar cooperación técnica e intercambio de experiencias entre los países; y podía emprender la promoción de la causa intensa para que se considerase el tema de la exclusión social.

Uno de los problemas clave en el tema de la exclusión social era la inestabilidad económica. Tres razones básicas habían conducido a la inestabilidad económica y aumentado el grado de exclusión social en los países de la Región: la baja económica repentina de los años ochenta, que había afectado gravemente a la clase media y disminuido gravemente la capacidad del Estado para recaudar aportaciones para la seguridad social; la gran volatilidad macroeconómica de los países; y la respuesta insuficiente de las instituciones sociales y políticas.

En lo relativo a la emigración de los profesionales de la asistencia sanitaria, la OPS era consciente de lo que estaba haciendo la Secretaría del Commonwealth y también de las actividades de los países de CARICOM, que se habían puesto de acuerdo para poner en práctica un proceso de gestión de la migración. Había un sentimiento creciente en algunos círculos de que ya era hora de considerar la emigración del personal sanitario bajo una luz diferente, reconociendo que podía reportar beneficios. En Jamaica, por ejemplo, las remesas de los jamaquinos que habían salido de su tierra natal representaban entre 8% y 9% del PIB. Una manera de abordar la escasez de personal creada por la emigración sería ampliar la escala de la formación médica, de tal modo que fuera suficiente para satisfacer las necesidades del país y también para "exportar" personal médico capacitado. En cualquier caso, ya no era una herejía pensar que la emigración podía reportar beneficios.

El Comité aprobó la resolución CE130.R9 sobre este tema.

La salud y el envejecimiento (documento CE130/15)

La Dra. Martha Peláez (Asesora Regional en Envejecimiento y Salud, OPS) presentó un análisis de las prioridades para impulsar la salud y el bienestar en la vejez, y propuestas para aplicar las medidas necesarias para lograr la equidad en materia de salud para las personas de edad, tal como se describía en el documento CE130/15. En el documento también se examinaba la situación demográfica de las Américas, donde todos los países estaban experimentando el envejecimiento de la población. Se calculaba que en el año 2025 la población de 60 años de edad y más sumaría alrededor de 200 millones, y que cerca de la mitad de esa población residiría en América Latina y el Caribe. El aumento del número de personas de edad amenazaba con dar lugar a inseguridad económica e inequidades de salud. Había el peligro de que los apoyos familiares y sociales resultasen insuficientes frente a la situación, lo cual entrañaba riesgos de discriminación basada en la edad y otras violaciones de los derechos humanos básicos.

Sin embargo, esa crisis podía evitarse tomando medidas inmediatas e invirtiendo en la salud de las personas de edad para promover el envejecimiento activo y sano. La cooperación técnica de la OPS en el área del envejecimiento y la salud tenía como finalidad permitir a los países prepararse y responder a los retos y las oportunidades creadas por una población que estaba envejeciendo, así como apoyar sus esfuerzos para ejecutar el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento que había sido adoptado por la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid unos meses atrás.

El Plan de Acción Internacional establecía tres áreas prioritarias de actuación: alentar la participación de las personas de edad en el desarrollo, mejorar su salud y bienestar, y crear entornos propicios y considerados con ellos. En el documento CE130/15 se proponía un sistema integral y coordinado de atención, se establecían seis principios que debían ser la base de tal sistema y se planteaban varias estrategias para crearlo, incluidas el establecimiento de metas de promoción de la salud para las personas de edad; la reorientación de la atención primaria para la prevención y el tratamiento de las enfermedades y trastornos dependientes de la edad; la integración de los servicios sociales y de atención de salud para promover un proceso continuo de apoyo a las personas de edad en peligro de perder la autonomía; y el fomento de las asociaciones para el intercambio de información, la colaboración técnica y el apoyo. También se consideraban los recursos financieros necesarios, y se proponían algunos temas clave para las deliberaciones. Se solicitaba al Comité que analizara posibles formas de mejorar la política y el marco de acción de la estrategia regional para la colaboración técnica sobre el envejecimiento y la salud y que examinara los enfoques futuros para la promoción de la salud y el envejecimiento; que debatiera y avalara las estrategias necesarias para cerrar la brecha de equidad en el ámbito del envejecimiento y la salud; y que prestara apoyo para movilizar los recursos internacionales que permitiesen la ejecución apropiada del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento aprobado en Madrid.

El Comité Ejecutivo consideró que el documento era un buen marco de referencia para tratar las necesidades de salud de una población que estaba envejeciendo rápidamente en la Región. Desde el punto de vista conceptual, abarcaba un modelo de la salud y el envejecimiento que era integral y coordinado, tanto dentro del sector sanitario como en otros sectores que contribuían a un buen estado de salud y servicios de salud sostenibles. La Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento había brindado a los países la oportunidad de reexaminar el envejecimiento en los planos nacional e internacional y de reafirmar su compromiso con la mejora de la vida de las personas de edad, y al Comité le complacía ver que la OPS estaba trabajando para aplicar los resultados de esa asamblea a la Región. Algunos delegados advirtieron, sin embargo, contra la redacción de un documento más extenso sobre el tema. En vez de ello, la OPS debía colaborar con los países para confeccionar una lista de las prioridades comunes

para la Región y de las medidas específicas cuantificables que podrían adoptarse para mejorar la salud y el bienestar de la población de edad.

El Delegado de Canadá recibió con beneplácito el grado en que el documento se había basado en la "Guía para el desarrollo de un sistema integral de apoyo para promover el envejecimiento en actividad", preparada conjuntamente por México y Canadá.

Se sugirió que en la sección del documento titulada "Acceso a servicios apropiados de salud y de atención a largo plazo" se debía prestar mayor atención al desarrollo de vivienda con apoyo en la comunidad o a las opciones de vida independiente con asistencia, que en algunos países habían resultado una opción económica frente a la reclusión en asilos. También se sugirió que la prevención y el control de lesiones debían incluirse entre las metas de promoción de la salud en la sección de estrategias, pues la investigación indicaba que las lesiones no intencionales, especialmente las caídas, eran la causa prevenible individual más importante de hospitalización y discapacidad a largo plazo entre las personas de edad.

Se sugirió asimismo que, en la sección 3.3.1, "Establecer metas de promoción de la salud para las personas adultas mayores", la ansiedad y la depresión debían considerarse resultados de salud mental y no factores de riesgo. Entre los factores de riesgo principales de la ansiedad y la depresión estaban el aislamiento social, la pobreza y las afecciones físicas discapacitantes. Se opinó que la demencia no debía incluirse bajo el epígrafe de "Qué puede hacerse", ya que no era susceptible de prevención ni de tratamiento de la misma manera en que lo eran la ansiedad y la depresión.

Varios delegados recalcaron la importancia de adoptar un criterio amplio de la repercusión directa que el mejoramiento o el deterioro del estado de salud de una población particular podría tener sobre los resultados de salud de otra población. También se destacaron los nexos entre la salud y el envejecimiento y temas como las enfermedades crónicas y la reforma sanitaria. Varios delegados describieron el trabajo que estaba haciéndose en sus países en el tema de la salud y el envejecimiento.

Se señaló que la repercusión de las cuestiones de la salud y el envejecimiento variaba en la Región, ya que los diversos países tenían diferentes tasas de mortalidad y esperanzas de vida, distintas proporciones de personas mayores en la población en su totalidad, y así sucesivamente. Al mismo tiempo, no se trataba solamente de reducir la mortalidad o aumentar la esperanza de vida; también era, y de manera esencial, una cuestión de la calidad de vida que podría ofrecerse a las personas de edad. El tema tenía dos aspectos principales: por un lado, lo relativo a la promoción de la salud y los tipos específicos de protección sanitaria para las personas mayores, y por otro lado, lo atinente a la vigilancia y reglamentación de los establecimientos residenciales y de otro tipo. Sin

tal reglamentación y supervisión, había un riesgo de graves violaciones de los derechos humanos de las personas de edad, en particular cuando estas no tenían el apoyo de un ambiente familiar. Había la necesidad de un criterio global e integrado, pero al mismo tiempo, los países necesitaban poder escoger las características apropiadas a su situación demográfica particular.

La investigación sobre vigilancia y evaluación se consideró una función importante de la OPS. Los ministerios de salud necesitaban tener pruebas suficientes de las repercusiones de las iniciativas, los programas y las políticas nacionales de promoción de la salud, y la cooperación técnica de la OPS podría ayudarles a recopilar los datos necesarios para determinar esas repercusiones.

La Dra. Peláez agradeció a los delegados sus observaciones y su voto de confianza en el programa. Estaba particularmente agradecida por las sugerencias específicas de aspectos particulares en que podía mejorarse el contenido del documento, sobre todo en cuanto a la salud mental y la atención comunitaria.

Observando que el desarrollo actual de iniciativas sobre el envejecimiento estaba en gran parte en manos del sector privado, la oradora se refirió a la necesidad de determinar la forma que adoptaría la colaboración entre los sectores público y privado. Eso era particularmente pertinente a los temas de la vigilancia y la reglamentación de los establecimientos para la asistencia de las personas mayores. Estuvo de acuerdo en que necesitaba una estrecha coordinación sobre el terreno entre los programas sobre el envejecimiento y los de enfermedades crónicas, así como entre la salud y el envejecimiento y la reforma de la asistencia sanitaria, y que el tema general no era solo el de una mayor longevidad sino que abarcaba también los derechos humanos de las personas mayores.

Recordó la funcionaria que la investigación sobre los temas mencionados, es decir, el estudio multicéntrico de cuatro años sobre envejecimiento, bienestar y salud (SABE) de las personas de edad, había arrojado resultados que habían permitido a la OPS centrar más eficazmente su cooperación técnica. La OPS estaba plenamente preparada para proporcionar esos resultados a los diversos países, y también para apoyarlos cuando llevaran a cabo sus propias investigaciones.

El Comité aprobó la resolución CE130.R19 sobre este tema.

Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas (documento CE130/16)

La Dra. Virginia Camacho (Asesora Regional, Iniciativa para la Reducción de la Mortalidad Materna, OPS) presentó un resumen del enfoque de la OPS para reducir la

mortalidad y la morbilidad maternas. La mortalidad materna seguía siendo un ámbito de la salud pública en el que se avanzaba poco, pese a que se conocían bien las causas de muerte materna y a que existían intervenciones apropiadas, basadas en pruebas, para entornos de escasos recursos. Se sabía, por ejemplo, que la gran mayoría de las defunciones maternas tenían causa obstétrica directa, aun en los países con bajas tasas de mortalidad materna; 80% de las defunciones posparto ocurrían en la primera semana después del parto; 15% de las parturientas presentaban una complicación grave; y entre 1% y 2% de ellas necesitaban una intervención obstétrica importante para sobrevivir. Otras enseñanzas extraídas eran que resultaba esencial alcanzar un compromiso político a largo plazo para reducir la mortalidad materna; que cada embarazo comportaba un riesgo, por lo que se requería atención capacitada desde el embarazo hasta el parto; que había que mejorar la calidad y la cobertura de la atención; que era preciso ampliar las opciones anticonceptivas, asegurando su disponibilidad y uso; y que era ventajoso retardar el primer nacimiento.

La historia enseñaba que la clave para la reducción de la mortalidad materna no residía exclusivamente en el desarrollo socioeconómico general, sino en ofrecer un tratamiento eficaz y accesible. Un estudio de la OMS, por ejemplo, había mostrado la fuerte correlación entre las bajas tasas de mortalidad materna y la atención capacitada del parto. Por ello, la OPS estaba promoviendo un enfoque más centrado en intervenciones rentables, como la atención obstétrica esencial (AOE) y el mejor acceso a servicios de atención de salud materna de calidad.

La estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas se había concebido para plasmar en acciones las enseñanzas extraídas. La estrategia pretendía promover políticas públicas y normas eficaces a nivel nacional y municipal; fomentar las prácticas más adecuadas y las intervenciones basadas en evidencias, concretamente la AOE y la atención capacitada del parto; aumentar las intervenciones y la participación de las comunidades; crear asociaciones y coaliciones; fortalecer los sistemas de vigilancia de la mortalidad y morbilidad maternas; financiar los servicios de salud maternos y perinatales dentro de la reforma del sector de la salud; y aumentar la inversión en intervenciones de promoción de la salud materna y perinatal.

Las intervenciones preconizadas de acuerdo con la estrategia ya habían demostrado su eficacia. En un distrito de Ecuador, por ejemplo, la atención capacitada del parto aumentó 80% en tres años y Honduras consiguió reducir 40% la tasa de mortalidad materna en los últimos siete años. Con esfuerzo concertado, seguro que se podía conseguir reducir las tasas de mortalidad maternas por debajo de 100 por 100.000 nacidos vivos en todos los países de la Región y corregir los desfases de mortalidad materna entre los países y dentro de cada país.

El Comité Ejecutivo acogió favorablemente el documento y los cambios que se le habían hecho tras el debate en el SPP de una versión anterior. El documento se centraba más en decidir las intervenciones en cada caso, teniendo en cuenta las pruebas obtenidas en el pasado y las prácticas más adecuadas, así como la evaluación del riesgo de cada embarazo. Las tasas de mortalidad materna desproporcionadamente altas entre las mujeres pobres y más desfavorecidas se consideraban una de las manifestaciones más flagrantes de inequidad en la salud, especialmente porque la gran mayoría de tales defunciones podían prevenirse. El Comité recalcó que la mejora de la situación debía ser una prioridad absoluta de salud pública de todos los gobiernos.

Se señaló que la tasa de mortalidad materna no era sólo un indicador de salud, sino también un indicador importante del desarrollo. Los problemas que contribuían a generar las elevadas tasas de mortalidad materna tenían que ser abordados por la comunidad en su conjunto. Un delegado comunicó que una iniciativa comunitaria ideada para identificar a las mujeres embarazadas y asegurar que recibieran atención prenatal adecuada había resultado muy eficaz para reducir la mortalidad materna en su país. Otro argumento en apoyo de la participación comunitaria era que una proporción significativa de las embarazadas no contaban con el apoyo de sus compañeros íntimos durante el embarazo o después del parto. También había que educar a las parejas e incluirlas en las campañas de promoción de la maternidad sin riesgo.

Varios delegados destacaron la necesidad de adiestramiento, de cooperación interinstitucional adecuada y, sobre todo, de un enfoque multisectorial. Tal enfoque debía abordar los factores socioeconómicos, el empleo y los retos educativos a los que se enfrentaban las mujeres, además de su salud y sus necesidades nutricionales. Se recalcó que la reducción de la pobreza y la educación eran estrategias cruciales, pues la mayoría de las defunciones maternas se daban entre las mujeres más pobres con mínima escolaridad. La atención a la salud y a la nutrición de las niñas mucho antes de que alcanzaran la edad fecunda era también fundamental para reducir los riesgos y mejorar los resultados del embarazo.

Mejorar la calidad de la atención también se consideró vital para eliminar las desigualdades, como las que a menudo existían entre los centros urbanos y las zonas rurales remotas, que tienden a presentar las mayores tasas de mortalidad. En cuanto a la calidad de la atención y el acceso a los servicios, los delegados señalaron que los mayores riesgos de complicaciones solían presentarse en los estratos socioeconómicos más desfavorecidos. En consecuencia, aun donde los servicios acababan siendo reembolsados, muchas mujeres tenían menos probabilidad de acceder a ellos por no poder pagar de su bolsillo los gastos iniciales. El tema del financiamiento tal vez fuese el mayor obstáculo para el acceso universal a la atención sanitaria de las mujeres pobres y marginadas de las Américas. Debía insistirse continuamente en elaborar estrategias innovadoras para un financiación sostenible y un mejor acceso.

Se hicieron varias sugerencias para mejorar el documento. Se expresaron inquietudes sobre la frase “todo embarazo conlleva un riesgo”, quizá excesivamente amplia y que tal vez exagerase el grado de riesgo. Se sugirió que la sección 2, “Situación actual de la morbilidad y la mortalidad maternas”, se centrara más en otras causas de muerte materna, pues sólo se trataba exhaustivamente el embarazo de las adolescentes. Sería útil tener una exposición igualmente detallada de otros factores y cómo podrían prevenirse. Varios delegados pidieron aclaraciones sobre algunas de las cifras presentadas en el documento, y se brindaron para suministrar datos e información metodológica más recientes sobre la vigilancia de la mortalidad materna.

Un delegado manifestó que la frase “servicios de salud reproductiva” en el contexto internacional tenía en esos momentos la connotación de servicios de aborto, y recomendó cambiarla por “atención de salud reproductiva”, para no dar la impresión de que el documento, de alguna manera, promovía el aborto en la Región. Ya que el documento señalaba que los abortos peligrosos contribuían a la mortalidad materna en varios países, también debía reflejar la voluntad de prevenir el aborto, especialmente reduciendo los embarazos no deseados. Otros delegados consideraron que el documento se centraba en exceso en la AOE, excluyendo otras estrategias como la prevención, la educación y la atención prenatales, abordando particularmente las infecciones de transmisión sexual, la infección por el VIH/SIDA y el recurso al aborto peligroso.

Se señaló que gran parte del documento se refería sólo a la mortalidad materna, con poca atención a la morbilidad. La alta carga de morbilidad y de discapacidad de las mujeres por complicaciones del embarazo y el parto o los abortos peligrosos tenía que formar parte explícita de todos los programas y las políticas de salud materna.

La Dra. Camacho expresó su agradecimiento por las observaciones y sugerencias del Comité, que se reflejarían en la versión revisada del documento. Recibió con agrado las expresiones de compromiso de los delegados con el tema y dio las gracias a quienes se habían ofrecido para proporcionar datos más actualizados o detallados.

El Director dijo que los altos niveles de mortalidad materna en la Región eran una de sus mayores inquietudes. Al contemplar lo que se había avanzado para reducir la mortalidad en la niñez, cabía preguntarse por qué no se habían conseguido avances similares en la mortalidad materna, especialmente dado que muchos de los temas por abordar eran los mismos: la pobreza, el desarrollo y la educación. Quizá parte del problema era la renuencia, en los países de la Región, a reconocer que realmente existía el problema. En ese caso, tenía que salir a la luz.

Como el documento ponía de manifiesto, se disponía de las tecnologías necesarias; la cuestión era cómo motivar a los países para que las aplicaran. El Director aclaró que insistir en la AOE no significaba que otras actividades no fuesen igualmente

importantes. Un enfoque multifactorial era esencial. En los países donde las tasas de mortalidad maternas eran más elevadas, había que aplicar intervenciones específicas, reconociendo que en los países con tasas inferiores sería necesario un abanico más amplio de actividades para mejorar la situación.

El Comité aprobó la resolución CE130.R10.

Respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas (documento CE130/17)

La Dra. Sylvia Robles (Coordinadora, Programa de Enfermedades No Transmisibles, OPS) describió el enfoque de salud pública desarrollado por la OPS para abordar la carga creciente de las enfermedades no transmisibles (ENT) crónicas en la Región. Ese enfoque combinaba la gestión de riesgos basada en la población para prevenir las ENT con modelos de atención primaria para responder a las necesidades tanto agudas como crónicas. Aunque seguían percibiéndose como enfermedades de la abundancia, las enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente las cardiovasculares, eran a la fecha una de las principales causas de muerte prematura y de discapacidad en todos los países americanos. También tenían un extraordinario costo social y económico, pues tendían a afectar a los adultos durante sus años más productivos, privando así a las familias de su principal fuente de ingresos. Su repercusión sobre los pobres en los países en desarrollo era especialmente grave. Es más, las propias enfermedades crónicas podían conducir a la pobreza, pues el costo de su tratamiento era a menudo exorbitante. Por consiguiente, era imperativo encontrar estrategias sostenibles y rentables para prevenir estas enfermedades.

Un componente clave del enfoque regional era el Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles, una red de programas comunitarios conocida por el acrónimo CARMEN. En el Caribe, una iniciativa afín era el programa caribeño de intervención en los modos de vida (CARLI). CARMEN se basaba en el concepto de acción integrada para reducir un conjunto de factores de riesgo comunes a muchas enfermedades no transmisibles. CARMEN y CARLI compartían tres elementos comunes a todos los programas exitosos de prevención y control de ENT: 1) políticas para hacer frente a los factores macroeconómicos determinantes de las ENT; 2) acción comunitaria; y 3) servicios de salud receptivos. CARMEN era una de las seis redes regionales que operaban en cada una de las regiones de la OMS. Esas redes ofrecían oportunidades de evaluar la eficacia de las intervenciones, intercambiar experiencias entre los países y adiestrar. Otros componentes de la estrategia de la OPS eran la vigilancia de las ENT y los factores de riesgo, los modelos innovadores de asistencia a las afecciones crónicas y la promoción de la causa para el cambio de políticas. El documento proporcionaba información sobre las actividades contempladas en cada uno de esos ámbitos.

Se pidió al Comité Ejecutivo que propusiera posibles formas en que la OPS podía fortalecer su enfoque de salud pública de las ENT crónicas, especialmente a través de la iniciativa CARMEN, y ayudar a los Estados Miembros a intentar resolver la doble carga de las enfermedades transmisibles y de las no transmisibles.

El Comité respaldó el enfoque de salud pública presentado en el documento y celebró los esfuerzos de la OPS por ayudar a los países a abordar las enfermedades no transmisibles crónicas, que eran un problema cada vez más oneroso para los países tanto desarrollados como en desarrollo de la Región. El Comité subrayó la necesidad de la prevención para reducir la aparición de ENT crónicas y también sus descomunales costos económicos y sociales. Para prevenir estas enfermedades resultaba esencial abordar los factores de riesgo que contribuían a su aparición. Pero para ello había que determinar cuáles eran los factores de riesgo, lo que ponía de relieve la necesidad de investigación y de mayor inversión en investigación. Los estudios debían considerar la amplia gama de factores conductuales, ambientales, alimentarios y otros que podían influir en la aparición de las ENT crónicas. La promoción de la salud y la educación sanitaria también eran cruciales para convencer a las personas de cambiar los comportamientos que podían ser perjudiciales y darles el conocimiento que necesitaban para asumir mayor responsabilidad por su propia salud. Asimismo, se necesitaban investigaciones sobre la promoción de la salud y la educación sanitaria para identificar las intervenciones más eficaces. El Comité consideró esa investigación una función clave de cooperación técnica de la OPS.

CARMEN se consideraba un vehículo sumamente eficaz para prevenir las enfermedades y promover la salud, pues ofrecía un enfoque integrado para tratar las ENT crónicas y sus factores de riesgo comunes. Otra ventaja de CARMEN era que insistía en la participación comunitaria y la acción multisectorial, componentes esenciales de cualquier programa exitoso para prevenir las ENT crónicas. Se sugirió que el documento proporcionara información más detallada sobre la iniciativa CARMEN y las estrategias para reducir los factores de riesgo comunes.

El Comité señaló que, como en el caso de la infección por el VIH/SIDA y otras enfermedades vinculadas al riesgo, los esfuerzos de promoción de la salud debían dirigirse no sólo a los individuos sino también a sus familias y al conjunto de la sociedad, para generar un cambio cultural y unos entornos disuasores de comportamientos insalubres y peligrosos. El representante del Banco Interamericano de Desarrollo informó que una iniciativa conjunta de su institución y la OPS había corroborado la necesidad de aumentar el conocimiento del público acerca de los factores de riesgo de ENT crónicas y crear una cultura de prevención en la cual las personas aceptasen la necesidad de tomar ciertas medidas para prevenir las ENT crónicas, igual que aceptaban la necesidad de vacunarse para protegerse de las enfermedades prevenibles por vacunación.

Varios delegados volvieron a resaltar los nexos entre las ENT crónicas y la cuestión de la salud y el envejecimiento, considerando que debían destacarse más en los documentos de ambos temas. Un delegado señaló que esta cuestión estaba también vinculada a la de AIEPI, pues las medidas tomadas para prevenir los problemas de la salud infantil también ayudarían a prevenir los problemas de salud en etapas posteriores de la vida. Mediante la educación sanitaria, debía conseguirse impedir que los niños empezaran a fumar y adoptaran otros hábitos insalubres que podían conducir a las ENT crónicas, y había que fomentar el ejercicio y modos de vida sanos.

Un delegado comentó que el documento no mencionaba la estrategia mundial actualmente formulada por la OMS en cuanto al régimen alimentario, la actividad física y la salud para la prevención y el control de las ENT, e instó a la OPS a que participara activamente en la elaboración de la estrategia. La OPS había sido un valioso foro de debate y aportaciones de los Estados Miembros en otras iniciativas estratégicas mundiales, como la del desempeño de los sistemas de salud y la alimentación del lactante y el niño pequeño. Era importante que la Organización desempeñara nuevamente esa función en cuanto a la estrategia mundial sobre las ENT. El delegado también instó a los Estados Miembros a que presentaran sus observaciones sobre el proyecto de informe de la consulta de expertos organizada por la OMS y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) en cuanto al régimen alimentario, la nutrición y la prevención de las enfermedades crónicas, pues las recomendaciones contenidas en ese informe formarían la base para la estrategia mundial.

La Dra. Robles recalcó que la estrategia de la OPS se basaba en un enfoque integrado que tenía en cuenta tanto las ENT crónicas como sus factores de riesgo asociados. Como ya habían observado los delegados, CARMEN permitía integrar las acciones y asegurar la sostenibilidad de las iniciativas de prevención y control de las ENT. También proporcionaba un marco para la colaboración internacional y para evaluar la eficacia y la repercusión de las intervenciones. Estuvo de acuerdo con la importancia de la prevención de riesgos orientada a la familia y la comunidad, pues los factores de riesgo tenían un componente social. Además, las familias podían facilitar la prevención desde la niñez y durante toda la vida. Por ese motivo, la acción de familia y la comunidad era un componente clave del enfoque de salud pública de la OPS, junto con el desarrollo de políticas públicas y de servicios de salud receptivos.

El Director estuvo de acuerdo con la necesidad de tratar las ENT a lo largo de toda la vida. La prevención de la enfermedad y la promoción de la salud debían comenzar en la niñez y aun antes del nacimiento, pues había claros indicios de que las condiciones intrauterinas influían en la propensión de las personas a las enfermedades crónicas en etapas posteriores de la vida. En consecuencia, la promoción de la salud materna podría ser una medida preventiva para reducir la prevalencia de las enfermedades crónicas.

También estuvo de acuerdo en que las estrategias de promoción de la salud debían dirigirse al conjunto de la sociedad. Sin embargo, aunque las intervenciones basadas en la población eran imperativas en algunos casos, también las intervenciones individualizadas eran necesarias. Esperaba que el documento dejara claro que ambos enfoques no eran de ninguna manera antagónicos. En algunos casos, el Estado debía tomar medidas para reducir o eliminar los factores que entrañaban un riesgo para la población, por ejemplo, reducir el riesgo del consumo de tabaco. Pero también era importante atender al cambio del comportamiento personal.

Por lo que respecta al proyecto de informe de la consulta de expertos de la OMS/FAO, no había tenido oportunidad de leer el documento detalladamente. Después de leerlo, estaría en condiciones de ver, con los Estados Miembros, si una consulta a nivel regional sería apropiada y útil para colaborar en la elaboración de la estrategia mundial frente a las ENT.

Al Director le complacía que el Comité hubiera abordado el tema de la investigación, que era un aspecto importante del enfoque de la OPS relativo a las ENT. A la fecha, la Organización estaba patrocinando un proyecto de investigación multicéntrico encaminado a determinar cómo persuadir mejor a los grupos y a las personas de que cambiaran su comportamiento, y en qué momento serían más receptivos a los mensajes de promoción de la salud. La información sobre el proyecto no se había incluido en el documento CE130/17 porque los documentos de trabajo que se presentaban a los Cuerpos Directivos eran breves a propósito. Sin embargo, al revisar el documento para la Conferencia, la Oficina trataría de incorporar más información relativa a la investigación y a CARMEN, iniciativa de la cual la Organización estaba muy orgullosa.

El Comité aprobó la resolución CE130.R13.

La mujer, la salud y el desarrollo (documento CE130/18)

La Dra. Marijke Velzeboer-Salcedo (Coordinadora, Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo, OPS) describió el trabajo de su programa para corregir la desigualdad en materia de género y salud existente en el continente. De acuerdo con la definición de la OPS de inequidad, las inequidades por razón de género se definían como las desigualdades entre los hombres y las mujeres que eran innecesarias, prevenibles e injustas. La equidad de género en materia de salud no necesariamente significaba que los hombres y las mujeres tuviesen las mismas tasas de mortalidad y morbilidad, sino que tuviesen la misma oportunidad de gozar de la salud, no enfermar, no quedar discapacitados ni morir prematuramente por causas prevenibles. También implicaba que los recursos de salud se asignaran según las diferentes necesidades de los hombres y las mujeres, independientemente de su capacidad de pagar, y que los hombres y las mujeres

contribuyesen al financiamiento de la asistencia en función de su capacidad económica, no de sus riesgos sanitarios o de salud reproductiva.

Cada vez había más pruebas de que las inequidades de género afectaban a la salud, al acceso a los servicios asistenciales y a la calidad de atención que se recibía. Las inequidades de género en la salud de la mujer quedaban patentes, por ejemplo, en las tasas de mortalidad materna inadmisiblemente elevadas de la Región y en la violencia contra la mujer, que afectaba a más de 1 de cada 3 mujeres. Asimismo, interactuaban y se acentuaban por la pobreza, la educación y el grupo étnico. El exceso de mortalidad femenina era mucho mayor entre las mujeres pobres. A lo largo de su vida, las mujeres tendían a usar los servicios de salud más a menudo que los hombres, debido a su función reproductiva y a que tenían una esperanza de vida más larga. Sin embargo, las mujeres pobres usaban estos servicios menos que los hombres y gastaban más de su bolsillo por la atención de salud. Las inequidades de género también afectaban a la prestación de servicios. Aunque las mujeres representaban 80% de la fuerza laboral de la asistencia sanitaria, predominaban en los niveles más bajos de ingresos y prestigio. Además, gran parte de la contribución de las mujeres a la asistencia sanitaria en la familia y la comunidad era un trabajo no remunerado.

El Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo de la OPS se había creado para ayudar a los Estados Miembros a conseguir la equidad de género en materia de salud. Basándose en este mandato y en las necesidades de los Estados Miembros, el Programa había definido cinco áreas estratégicas para la acción: 1) incluir la perspectiva de género en el análisis de la situación sanitaria para enfocar más eficazmente las políticas y programas; 2) formular y vigilar políticas para reducir las inequidades de género en el campo de la salud; 3) elaborar y aplicar modelos que aborden integralmente las inequidades de género en el ámbito de la salud; 4) apoyar las actividades de extensión con estrategias de información, educación y comunicación, así como materiales para la promoción de la causa y el adiestramiento; y 5) colaborar con los programas de la OPS y los Estados Miembros para incorporar la equidad de género a la investigación, los proyectos y las políticas.

En el documento se describían las principales actividades del Programa en cada una de esas áreas y se presentaba una serie de acciones que este recomendaba a los Estados Miembros para reducir la brecha de género. Esas recomendaciones se basaban en los compromisos asumidos por los países con las diversas convenciones mundiales y regionales sobre los derechos y la salud de la mujer, así como en las recomendaciones del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, de la OPS.

En el debate posterior a la ponencia de la Dra. Velzeboer-Salcedo, los Miembros del Comité recibieron con beneplácito las revisiones efectuadas a la versión anterior del documento, presentada al SPP, especialmente las que aclaraban el significado de la

“equidad de género” y terminología afín. Se sugirió, sin embargo, que afirmar que “el pago por los servicios de salud se haga en función de la capacidad económica” contradecía parcialmente la aserción de que la equidad de género consistía en que los hombres y las mujeres recibieran servicios de salud según sus diferentes necesidades, independientemente de su capacidad de pago. También se sugirió que el documento se centrara más en los logros concretos del Programa hasta la fecha, su trabajo en curso y sus prioridades futuras. Se aplaudió que el documento atendiera a las necesidades de salud mental de las mujeres, pero se consideró que el tema no sólo debía mencionarse en el marco de la violencia contra la mujer.

El Delegado de Canadá ofreció la capacidad técnica de su país para ayudar al Programa a recabar y analizar los datos desglosados por sexo.

La Dra. Velzeboer-Salcedo agradeció al delegado Canadiense su oferta. Comunicó que, desde la última sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, el Programa había reclutado a un funcionario con pericia en el análisis de género, con lo que había mejorado su capacidad de colaborar con los países en ese ámbito. Con respecto a las sugerencias sobre el documento, dijo que se había concebido para dar una imagen amplia de lo que el Programa había logrado y de sus planes para el futuro, recalcando cómo el Programa podría ayudar a los países. Por eso no se incluyeron muchos detalles acerca de logros concretos, pero el Programa trataría de dar más información concreta en la próxima versión. En cuanto a las prioridades del futuro, las áreas estratégicas expuestas en el documento representan los ámbitos prioritarios para el Programa en los próximos años.

En respuesta a las observaciones en cuanto a la salud mental, la funcionaria explicó que se mencionaba explícitamente en la sección de la violencia contra la mujer porque a veces el trabajo del Programa en esa área se incorporaba al departamento de salud mental de los ministerios de salud de los diez países en los cuales se había aplicado el modelo para abordar la violencia de género. El objetivo era utilizar las redes comunitarias establecidas siguiendo ese modelo, para abordar también la salud mental y otras necesidades de atención primaria de la salud de las mujeres. En El Salvador, por ejemplo, ya estaban trabajando varias redes comunitarias en los problemas de salud mental, además de su trabajo sobre la violencia contra la mujer.

El Comité aprobó la resolución CE130.R14.

Evaluación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) (documento CE130/19)

El Sr. Roberto Rivero (Oficina de Análisis y Planificación Estratégica, OPS) señaló que el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana había solicitado que la

Oficina de Análisis y Planificación Estratégica de la OPS realizara, en colaboración con la Oficina Nacional de Auditoría del Reino Unido, una evaluación amplia de la pertinencia, la eficacia y la eficiencia del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS). Se esperaba que de ese proceso surgiera un modelo de evaluación aplicable a otros centros de la Organización. El Director le pidió al equipo de evaluación que enfocase cuatro temas principales: si seguía siendo válida la justificación original de que la OPS operase este Centro; cuál era el carácter de las relaciones de trabajo del CEPIS con las oficinas de país de la OPS, y si estas relaciones producían verdaderas sinergias; las perspectivas financieras, o la validez a mediano y largo plazo, del CEPIS, y qué se sugería para que mejorasen; y si había sido eficaz la fusión de los recursos del Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud (ECO) con los del CEPIS.

Los temas principales formulados por el Director se aglutinaban en torno a tres preguntas de evaluación: ¿Estaba prestando el CEPIS cooperación técnica eficaz, pertinente, útil y de alta calidad, que contribuyera a mejorar la salud ambiental en las Américas? ¿Estaba debidamente gestionado el CEPIS? ¿Había creado la fusión de algunos recursos del antiguo ECO con los del CEPIS las sinergias previstas? Estas preguntas se abordaron mediante un análisis detallado de la información obtenida de la documentación y del Centro; el análisis de una muestra de los archivos de los proyectos de CEPIS; entrevistas con el personal del CEPIS, interesados directos clave en Perú, funcionarios de la sede de la OPS y otros expertos regionales; y encuestas.

La evaluación había arrojado cuatro conclusiones principales. En primer lugar, se consideraba que el CEPIS era una valiosa fuente de cooperación técnica. Sin embargo, debía adaptar su cometido y funciones actuales para ser más proactivo y trabajar más mediante redes de instituciones, lo que tendría un efecto multiplicador de su cooperación técnica. En segundo lugar, el CEPIS debía procurar reorientarse para ser una organización catalizadora, como resultado del estudio del Grupo de Consulta Especial de 1998. Esto quería decir que el proceso de planificación, programación y presupuestación del CEPIS tendría que encontrar una mejor manera de distribuir los recursos del presupuesto ordinario disponibles. En tercer lugar, el CEPIS debía elaborar una estrategia apropiada de movilización de recursos, así como la capacidad interna permanente de movilizar recursos. Eso requeriría financiamiento adicional, que podría lograrse mediante una reasignación de los recursos del CEPIS o con financiamiento adicional aprobado por el Director de la Oficina. En cuarto lugar, la creación de un CEPIS "nuevo" seguía siendo una obra en curso que merecía el apoyo de un cuerpo asesor externo. Además, la evaluación había dado lugar a buen número de recomendaciones, en los ámbitos de la eficacia y la pertinencia, la gestión y la fusión CEPIS-ECO.

El Comité Ejecutivo elogió a la Oficina por la calidad tanto del documento resumido como del informe completo de evaluación. Consideró que la información

contenida en el informe era muy valiosa para que los Estados Miembros fuesen más conscientes de la importante función que desempeñaban los centros panamericanos. También consideró que la participación del Auditor Externo había sido sumamente beneficiosa. Se sugirió llevar a cabo una o dos de estas evaluaciones por año y comunicar sus resultados a los Cuerpos Directivos. Se señaló que la cuestión fundamental por abordar en una evaluación de tal centro era si contribuía, y en qué medida, al logro de los planes y programas de la Organización y sus Estados Miembros. Cualquier recomendación para el cambio debía contemplarse bajo el mismo prisma.

Los delegados advirtieron que el informe presentaba algún sesgo interno, ya que gran parte de los encuestados y entrevistados eran interesados directos. Además, el método de evaluación podría haberse mejorado añadiendo medidas cuantitativas. No obstante, aun con esas limitaciones, los resultados eran útiles como herramienta para mejorar la responsabilización y la respuesta del Centro, y la puesta en práctica de todas las recomendaciones del equipo de evaluación conllevaría mejoras de la capacidad del Centro. En particular, se apoyó la recomendación de que el CEPIS desempeñara una función más proactiva y previsor, y que orientara a los Estados Miembros en la utilización de las evaluaciones de salud ambiental.

El grado de desfase producido tras la fusión con ECO era bastante normal y probablemente se resolviera oportunamente, pero cabía preguntarse si era realista esperar que el CEPIS respondiera a todas las necesidades de todos los países de la Región. Quizás debía haber alianzas, por ejemplo, con el Instituto de Salud Ambiental del Caribe en Santa Lucía, que hicieran posible una mayor implicación de los países ubicados lejos del CEPIS. El Delegado de Jamaica dijo que CARICOM, con la asistencia de la OPS, estaba emprendiendo un examen de las instituciones regionales que operaban en esa zona geográfica, incluido el Instituto de Salud Ambiental del Caribe. No descartaba alguna forma de fusión de las funciones o de alianza con el CEPIS, pero se trataba de un asunto que se estudiaría cuando las evaluaciones se hubiesen ultimado.

Como el propio informe reconocía algunos puntos débiles significativos en el Centro, se sugirió añadirle un apéndice antes de presentar el tema a la Conferencia Sanitaria Panamericana, en el que se abordasen las recomendaciones hechas, lo que daría la imagen total no sólo de la evaluación, sino también de cómo la Oficina valoraba las recomendaciones. Los delegados determinaron cinco áreas que tal vez requirieran dicha información adicional: la fusión con ECO, que no había producido las sinergias deseadas; la ausencia de un plan financiero; la inexistencia de un equipo directivo superior; la falta de plan estratégico a mediano plazo; y la necesidad de mayor extensión a los países de habla inglesa de la Región.

El Sr. Rivero agradeció al Comité Ejecutivo sus observaciones, y señaló que la evaluación se había diseñado sobre la base de las cuestiones a las que había que dar

respuesta. El método elaborado probablemente también podría servir para evaluar otros centros panamericanos en el futuro, pero advirtió que, si se planteaban diferentes cuestiones, también será preciso modificar en consecuencia el método de evaluación.

Estuvo de acuerdo en que sí parecía necesario reorganizar la estructura y asignación de recursos del CEPIS. El Centro casi ha alcanzado su máximo potencial de desempeño; para impulsarlo y desarrollarlo sería necesario poner en práctica al menos algunas de las recomendaciones principales. También estuvo de acuerdo con la sugerencia de crear alianzas con otros centros, de tal manera que, en el futuro, el CEPIS funcionase más como un núcleo de centros e instituciones colaboradores.

El Director dijo que los resultados de una evaluación dependían de lo que se preguntaba, de la idoneidad de la institución para la evaluación y de que los datos obtenidos pudieran responder a tales preguntas. Teniendo en cuenta estas trabas, podía idearse un método general para futuras evaluaciones.

Debía recordarse que, si bien el CEPIS se había evaluado como centro aislado, desde el punto de vista programático formaba parte del conjunto de programas de salud ambiental, en el que trabajan asimismo otras personas en la Sede y especialistas de salud ambiental en los países. Al considerar las posibilidades de prestar cooperación técnica en salud ambiental, no cabía esperar que el CEPIS, por sí solo, cumpliera esa función. La razón de la fusión de ECO y CEPIS había sido eliminar la dicotomía que suponía identificar los riesgos en un lugar y determinar la respuesta a los mismos en otro. En gran medida, el CEPIS había tenido éxito en combinar esas dos funciones, y eso era lo que él entendía por un CEPIS "nuevo". Sin embargo, una vez definidas las respuestas a los riesgos, la cooperación técnica necesaria para aplicarlas en cada país no recaía sólo en el CEPIS, sino en el programa de salud ambiental en su conjunto.

La responsabilidad principal del CEPIS era cumplir un mandato regional. Nunca podría responder a cada una de las solicitudes de cooperación técnica provenientes de los países. La responsabilidad de ese tipo de respuesta recaía, en parte, en los especialistas de salud ambiental de esos países.

Aunque se había sugerido en el informe que el CEPIS insistiera más en la movilización de recursos externos, el Director señaló que a la fecha la mitad de los fondos del Centro procedían de recursos externos. No creía que fuese una buena idea que un centro dependiera tanto de los recursos externos, que estos dictaran lo que tenía que hacer. El enfoque correcto consistía en que el Centro evaluara lo que los Cuerpos Directivos hubiesen decidido que debía hacerse y luego buscara los recursos para hacerlo.

Las fechas límite de preparación de documentos hacían imposible la elaboración de un anexo detallado para responder a las recomendaciones, pero sin duda se podía

indicar cómo respondería la Oficina a algunos de los asuntos de gestión mencionados. Por ejemplo, se establecería un Comité Consultivo, como se había sugerido, que daría orientación sobre aspectos técnicos y de política. Pero advirtió que no era posible estructurar un plan financiero o un plan estratégico a mediano plazo para el CEPIS distinto de los de la División de Salud y Ambiente. El CEPIS no era una entidad independiente; formaba parte del programa de salud ambiental en su conjunto.

El Director tomó nota de la sugerencia de que el CEPIS tendiera la mano al Caribe. Eso ocurriría cuando los riesgos de salud ambiental relativos al Caribe requirieran la identificación por el CEPIS, siempre que la solución a los mismos entrara dentro de su competencia. Cuando ese no fuera el caso, la respuesta a las necesidades ambientales en el Caribe incumbiría a la Organización en su conjunto, especialmente la División de Salud y Ambiente.

La evaluación había sido un ejercicio útil, que contribuiría a fortalecer la salud ambiental en toda la Región. Sin embargo, antes de emprender otras evaluaciones similares, había que estar seguros de que los beneficios extraídos justificasen los recursos utilizados.

El Comité aprobó la resolución CE130.R15.

Informe de la Reunión de los Ministros de Salud y el Medio Ambiente de las Américas (MSMAA) (documento CE130/20)

El Dr. Mauricio Pardón (Director, División de Salud y Ambiente, OPS) comunicó que la Reunión de los Ministros de Salud y el Medio Ambiente de las Américas (MSMAA) se había celebrado en Ottawa los días 4 y 5 de marzo de 2002.

Explicó que la reunión —que había sido el resultado de la Cumbre de Quebec, celebrada en abril de 2001, y cuyos antecedentes habían sido la Carta Panamericana y el Plan de Acción suscritos en la Conferencia Panamericana sobre la Salud y el Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible, que había tenido lugar en Washington en octubre de 1995— había sido organizada por el Gobierno de Canadá en colaboración con la OPS y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA). Los documentos técnicos para la reunión se habían basado en la recopilación del conocimiento existente y de una amplia consulta con países e instituciones como el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial, la Organización de los Estados Americanos y el Centro Europeo para el Medio Ambiente y la Salud, de la OMS. Habían asistido a la reunión representantes de 31 países, entre cuyas delegaciones se contaban 14 ministros de salud y 15 ministros del ambiente. Sus objetivos habían sido tender puentes entre los sectores de la salud y el ambiente, llegar a un acuerdo sobre actividades

cooperativas y contribuir a la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible, que se celebraría en Johannesburgo en agosto de 2002.

El Dr. Pardón dio dos ejemplos de las ventajas de celebrar tales reuniones continentales. En primer lugar, la cobertura de agua potable en la Región había mejorado de 33%, es decir, 69 millones de personas, a comienzos de los años sesenta, a 85%, o sea, 420 millones de personas, actualmente. En segundo lugar, el uso de plomo estaba bajando de 27.000 toneladas en 1990 a un estimado de 5.000 toneladas en el 2000. Hasta la fecha, 15 países de la Región habían eliminado el plomo de la gasolina y todos los países restantes tenían planes para hacer lo propio. En ambos casos, las mejoras habían ocurrido como resultado de las reuniones continentales como la de MSMAA.

En la reunión de MSMAA se había reconocido que las enfermedades diarreicas y las afecciones respiratorias seguían siendo la principal causa de morbilidad asociada al ambiente. Aun reconociendo que existían diferencias entre los países, se habían determinado temas prioritarios de salud ambiental comunes en la Región: primero, la contaminación de las aguas, agua y saneamiento e higiene; segundo, la contaminación del aire en ambientes interiores y exteriores; y, tercero los efectos crónicos y agudos asociados con la exposición a sustancias químicas, especialmente los plaguicidas. Se había acordado asimismo considerar trabajar hacia el logro de las metas de la Cumbre del Milenio en agua y saneamiento, y en la reducción de la contaminación del agua, según se había definido en la Declaración de Montreal 2001; en la eliminación de desechos sólidos y el abandono de la gasolina con plomo, para dar cumplimiento al Convenio de Estocolmo; en el control de la exposición a sustancias químicas; y en la reducción de la vulnerabilidad a los desastres naturales.

Los países participantes habían concordado en la necesidad de avanzar a escala nacional con una asociación estratégica amplia entre los sectores de la salud y el medio ambiente, y en la importancia de fortalecer la capacidad de los países para la vigilancia, manejo de indicadores, intercambio de información, fortalecimiento de instituciones, e información y educación pública. Se había vuelto a hacer hincapié en la Carta Panamericana sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible, reconociendo la preeminencia de la acción en cada país. En el comunicado ministerial de la reunión se había recogido el acuerdo de los ministros de reunirse periódicamente antes de las Cumbres de las Américas. También se había propugnado la creación de un mecanismo de seguimiento que no duplicara sino que aprovechara los espacios regionales y subregionales existentes.

Canadá, la OPS y el PNUMA convocarían a un grupo de trabajo a fin de esbozar dicho mecanismo de seguimiento, que trabajaría en el período 2002-2003 para definir el tipo de acciones necesarias para poner en práctica las recomendaciones y conclusiones de la reunión de MSMAA. Se había sugerido que la formaran diez funcionarios de alto nivel

de los ministerios de salud y de ambiente de, quizá, cinco países de diversos puntos de la Región. Habría dos copresidencias, una por cada ministerio. La función de la OPS sería trabajar estrechamente con las copresidencias para preparar los materiales estratégicos y los documentos. Canadá había hecho la generosa oferta de financiar el primer año del grupo de trabajo.

El Delegado de Canadá agradeció a la Oficina el excelente resumen de la reunión, con análisis de los resultados y las propuestas de acción resultantes. Expresó la gratitud de Canadá a la OPS por el asesoramiento técnico y el apoyo para planificar la reunión. Asimismo, dio las gracias a los ministros y los funcionarios que habían contribuido al éxito de la misma. La reunión había logrado progresos en la creación de asociaciones estratégicas entre los sectores de la salud y del medio ambiente. Había conseguido establecer prioridades y determinar las metas iniciales a considerar. Había que desarrollar el proceso de seguimiento para mantener el impulso. Canadá esperaba contar con la colaboración continua de la OPS en cuanto a la formación y las tareas del grupo de trabajo, y para facilitar las consultas internacionales una vez que el grupo hubiera cumplido su mandato y diese comienzo la fase de acción. Canadá respaldaba la propuesta de que se informase anualmente a los Cuerpos Directivos de la OPS del progreso logrado hacia el cumplimiento de los compromisos contraídos en la reunión de MSMAA.

El Director agradeció a Canadá el patrocinio de la útil y productiva reunión. Dijo que era alentador ver que los ministros de salud y ambiente se habían centrado en problemas básicos como el agua y el saneamiento. La OPS esperaba desempeñar un cometido en la próxima fase.

El Comité aprobó la resolución CE130.R20.

Centenario de la Organización Panamericana de la Salud (documento CE130/21)

La Sra. Bryna Brennan (Jefa, Oficina de Información Pública, OPS) dio a conocer las actividades conmemorativas con motivo del centenario de la OPS. Describió algunos de los actos que ya habían tenido lugar, y ofreció un resumen de los venideros. Después de varios años de planificación y aportaciones de toda la Organización, las actividades conmemorativas se estaban llevando a cabo no sólo para celebrar los logros del pasado y las promesas del futuro, sino también para potenciar las relaciones existentes, crear nuevas asociaciones y promover la labor y la misión de la Organización. Las celebraciones estaban llegando a públicos muy diversos —el sector de la salud, las comunidades científica y académica, los funcionarios de la OPS y el gran público— con el mensaje de los logros y las contribuciones de la OPS a la salud de los pueblos americanos. El tema central de las celebraciones era el trabajo que la Organización había hecho con los países americanos. Los materiales y las actividades del centenario

resaltaban la labor y la misión de la OPS y se habían ideado para que los funcionarios renovaran su compromiso con las metas y la misión de la Organización.

Estaban teniendo lugar celebraciones dentro de la Organización y en los planos nacional y regional, que adoptaban muy diversas formas: ferias y exposiciones, simposios, sellos de correos, concursos y premios, materiales para los medios de comunicación, actividades deportivas, confección de colchas de retazos, etc. La OPS había creado una página web específica del centenario y realizado videos, anuncios de servicios públicos, productos conmemorativos y otros.

Varios delegados presentaron lo que sus países estaban haciendo para celebrar el centenario.

El Delegado de Canadá dio su enhorabuena por el éxito de los actos realizados y deseó lo mejor para los que habrían de celebrarse. Canadá había plantado un árbol para conmemorar el centenario; junto al árbol se había puesto una placa de granito grabada en los cuatro idiomas de la Región. Como gesto de agradecimiento por los servicios prestados por el Director a la Organización, y en reconocimiento de su interés por la jardinería, Canadá le ofreció la pala especial fabricada para la ocasión.

El Director expresó su agradecimiento por el regalo, y dijo que le sería muy útil en sus años de jubilación. Ahora que la Organización se encontraba en la mitad del año de celebraciones, dio las gracias a todos los que habían contribuido al éxito del centenario, que constituía la celebración de todo lo que los Estados Miembros habían logrado.

El Comité tomó nota del informe y del subsiguiente debate, pero no consideró necesario aprobar una resolución al respecto (decisión CE130[D6]).

Asuntos administrativos y financieros

Informe sobre la recaudación de las cuotas (documentos CE130/22 y CE130/22, Add. I)

El Sr. Mark Mathews (Jefe, Departamento de Presupuesto y Finanzas, OPS) informó de que, a 31 de diciembre de 2001, la recaudación de las cuotas totalizaba \$92,9 millones, de los cuales \$54,5 millones representaban el pago de las cuotas de 2001 y \$38,4 millones correspondían a años anteriores. En el anexo A del documento se incluía información pormenorizada sobre la recaudación de las cuotas, desglosada por Estado Miembro y por fecha de pago. El monto total de las cuotas adeudadas a 1 de enero de 2002 ascendía a \$49,2 millones. Los pagos recibidos entre el 1 de enero y el 17 de junio

de 2002 habían ascendido a \$18,6 millones, es decir, 38% de ese total, con lo que los pagos pendientes habían quedado reducidos a \$30,6 millones, frente a los \$22,2 millones y \$22 millones pendientes en los momentos correspondientes de 2001 y 2000, respectivamente.

La recaudación de las cuotas correspondientes a 2002 ascendía a \$29,7 millones el 17 de junio de 2002. Diez Estados Miembros habían pagado la totalidad de sus cuotas de 2002, 5 habían realizado pagos parciales y 24 no habían efectuado ningún pago. Estas recaudaciones representaban 33% de las cuotas del año actual; las cifras correspondientes eran 32% en 2001, 27% en 2000 y 25% en 1999. En conjunto, la recaudación de los atrasos y las cuotas del año actual, durante 2002, totalizaba \$48,3 millones, frente a \$61,5 millones en 2001, \$47 millones en 2000 y \$45 millones en 1999. En el anexo B del documento figuraba información detallada sobre los pagos recibidos y su aplicación.

De conformidad con el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS, podrían quedar suspendidos los privilegios de voto de los países con retrasos por importes superiores a dos años de cuotas. El 43.^{er} Consejo Directivo, mediante la resolución CD43.R2, había solicitado al Director que siguiera vigilando la ejecución de los arreglos especiales de pago por parte de los Estados Miembros atrasados en sus cuotas de años anteriores; que informara al Comité Ejecutivo del cumplimiento por los Estados Miembros de sus compromisos de pago de cuotas; y que informase a la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana sobre el estado de la recaudación de las cuotas de 2002 y años anteriores.

Los Estados Miembros sujetos a la posible aplicación del Artículo 6.B en ese momento eran Argentina, Cuba, Ecuador y República Dominicana. Argentina adeudaba un total de \$21,8 millones, de los cuales \$9,7 millones correspondían a los años 1997 a 1999. Había presentado un plan de pagos diferidos que había sido aceptado por la Oficina en 2000; en el momento de la apertura del 43.^{er} Consejo Directivo no había efectuado pagos suficientes para considerarse en cumplimiento del plan, pero en la resolución CD43.R2 el Consejo Directivo había mantenido a Argentina su derecho de voto, señalando, sin embargo, que no se concederían más prórrogas. Se exigió a Argentina que efectuara pagos por un total de \$7.725.967 antes de la apertura de la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana. Hasta la fecha, había efectuado pagos por un importe de \$178.655.

Cuba adeudaba \$2,0 millones, de los cuales aproximadamente \$197.000 correspondían a 1999. Estaba en cumplimiento de su plan de pagos diferidos, que había sido aceptado por la Oficina en 1996. La República Dominicana adeudaba aproximadamente \$550.000, de los cuales unos \$103.000 correspondían a 1999. Había presentado un plan de pagos diferidos que se había aprobado en 2001, según el cual tenía que pagar una cantidad adicional de \$188.060 antes de finales de 2002. Ecuador adeudaba aproximadamente \$529.000, de los cuales cerca de \$82.000 correspondían a

1999. Estaba en cumplimiento del plan de pagos diferidos aprobado por la Oficina, y tenía que efectuar pagos por un total de \$220.000 en 2002.

Perú no estaba actualmente sujeto a la aplicación del Artículo 6.B, pero de acuerdo con su plan de pagos diferidos de 1999 se le exigió el pago de \$200.000 por 2001 y de \$652.980 por 2002, para finales de 2002.

El Delegado de Canadá señaló que el tema de las cuotas seguía causando problemas financieros a la Organización. El proceso de pago diferido ayudaba a los países a cubrir sus atrasos, sin causarles dificultades desmesuradas. Cada Estado Miembro tenía que cumplir su parte, y Canadá instaba a los Estados Miembros a que abonaran las cuotas a tiempo y en su totalidad.

El Delegado de Argentina recordó que su país había sido un participante muy activo y contribuyente a las actividades de la OPS desde su fundación. En ese momento, su país estaba atravesando una situación económica crítica que repercutía en todos los aspectos de la vida nacional, incluida la salud. Argentina tenía la intención de cumplir su compromiso con la OPS y estaba en estrecho contacto con las dependencias pertinentes para resolver la situación.

El Director felicitó a los países que respetaban sus planes de pagos diferidos. El que así lo hicieran, pese al gran sacrificio que ello representaba en muchos casos, indicaba lo mucho que valoraban a la Organización.

El Comité aprobó la resolución CE130.R3.

Reglamento financiero de la OPS (documento CE130/23)

Este tema fue también presentado por el Sr. Mathews, quien explicó que el actual Reglamento Financiero de la OPS, que no se había modificado desde 1991, necesitaba revisión, pues ya no concordaba con el reglamento de la OMS, como tampoco reflejaba plenamente las normas corrientes de notificación contable ni las prácticas empresariales modernas. En los últimos meses se había procedido a un examen integral del reglamento vigente. Se habían analizado los cambios introducidos por la OMS y, a partir de ese análisis, se había vuelto a redactar el reglamento de la OPS. En el anexo 1 del documento CE130/23 se comparaban y explicaban las modificaciones del articulado y en el anexo 2 figuraban las modificaciones propuestas al Reglamento Financiero.

La propuesta de modificación del Reglamento se ajustaba, en la medida en que era práctico y posible, a la adoptada por la OMS en mayo de 2000, y reflejaba el cumplimiento por parte de la OPS de las normas de contabilidad del sistema de las Naciones Unidas. Entre los cambios, además, figuraban: reorganizar la información para

reflejar el ciclo financiero, reclasificar como reglas ciertos artículos del Reglamento, corregir los errores y proceder a una revisión a fondo para eliminar información superflua o duplicada y para introducir la debida perspectiva de género en la terminología utilizada.

El orador comentó las explicaciones de todos los cambios, presentadas en el anexo 1, y destacó determinados cambios específicos indicativos del tipo de modificación propuesta.

La OPS consideraba que el Reglamento propuesto representaba una considerable mejora con respecto al existente, pues se presentaba de manera clara y ordenada y reflejaba las prácticas financieras y de control corrientes. Aunque los cambios propuestos eran bastante extensos, no se habían modificado sustancialmente los requisitos básicos del actual Reglamento y, en la medida de lo posible, se habían hecho compatibles con el Reglamento Financiero de la OMS.

El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE130.R4, por la cual avala las modificaciones propuestas.

Informe financiero del Director e informe del auditor externo correspondientes a 2000-2001 (Documento Oficial 305), e informe sobre el Fondo de Trabajo (documento CE130/24)

Informe financiero del Director e informe del auditor externo correspondientes a 2000-2001

El Sr. Mathews resumió el Documento Oficial 305, que contenía el informe del Director sobre las operaciones financieras de la OPS del 1 de enero de 2000 al 31 de diciembre de 2001, la situación financiera de la Organización al 31 de diciembre de 2001 y 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). Como de costumbre en el informe bienal, el documento iba acompañado del informe del auditor externo.

El estado del activo, el pasivo y las reservas y saldos de los fondos al 31 de diciembre de 2001 reflejaba el manejo prudente de los activos financieros de la Organización durante el bienio.

Un aumento sustancial de la recaudación de las cuotas correspondientes al bienio en curso había dado lugar a un exceso de los ingresos sobre los gastos de \$4,9 millones en el presupuesto ordinario para el bienio, antes de las transferencias. Las recaudaciones de las cuotas correspondientes al bienio actual habían alcanzado \$132,1 millones, lo que representaba un aumento de \$7,6 millones con respecto al bienio anterior. Se habían

recibido pagos de cuotas de bienios anteriores por un importe de \$36,1 millones, es decir, 77% del saldo pendiente a 1 de enero de 2000. A cuatro Estados Miembros podría aplicárseles el Artículo 6.B a 1 de enero de 2002, frente a siete Estados Miembros el 1 de enero de 2000. De los \$4,9 millones de exceso de ingresos, \$2,8 millones habían sido transferidos al Fondo de Bienes de Capital, y \$2,1 millones al Fondo para Bienes Inmuebles. El Fondo de Trabajo se había capitalizado plenamente a \$15 millones, y su parte no comprometida ascendía a \$12,1 millones. En el bienio, los tres centros (CAREC, CFNI e INCAP) habían presentado un exceso combinado de ingresos sobre los gastos de \$2,4 millones.

Los ingresos varios obtenidos durante el bienio, más los ahorros o la cancelación de las obligaciones de períodos anteriores, habían ascendido a \$18 millones, lo que constituía un aumento de \$1 millón frente al bienio anterior, y \$3,9 millones más que la cantidad presupuestada.

Los gastos totales de \$683 millones en el bienio 2000-2001 suponían un aumento de \$50 millones con respecto al bienio 1998-1999. Ese incremento se debía a que habían aumentado en \$9 millones los gastos del presupuesto ordinario de la Organización, en \$28 millones el Fondo Rotatorio para el Programa Ampliado de Inmunización y en \$9 millones el Fondo para Bienes Inmuebles. Los gastos principales de la OMS habían sido de \$77 millones para el presupuesto ordinario, \$8 millones para el Fondo Voluntario de Promoción de la Salud, \$3 millones para el Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles y \$8 millones para otros proyectos.

El estado de las asignaciones del presupuesto ordinario durante el ejercicio financiero 2000-2001 ponía de manifiesto que la Organización había dispuesto de un presupuesto aprobado y asignado de \$195 millones, menos gastos de personal de \$18 millones, lo que suponía un presupuesto efectivo de \$177 millones.

El Fondo Rotatorio para Compras de Emergencia había concluido 2001 plenamente financiado a \$125.000. El Fondo Rotatorio para el Programa Ampliado de Inmunización había concluido el año con un saldo en efectivo positivo de \$13 millones, tras los gastos que totalizaron aproximadamente \$214 millones durante el bienio. En cuanto a los proyectos de los fondos fiduciarios, se habían recibido en el bienio \$106 millones. Los proyectos financiados por los fondos fiduciarios procedentes de donaciones y puestos en práctica durante el bienio habían ascendido a \$104 millones.

Los ingresos del presupuesto ordinario del CAREC superaron a los gastos en \$1 millón, como resultado de \$1,6 millones de aumento de la recaudación de las contribuciones señaladas. A fines del bienio, el déficit acumulado previo del CAREC, de \$257.000, se había convertido en un balance acumulado del fondo de trabajo de \$737.000. Los gastos del CAREC con cargo a todos los fondos totalizaron más de

\$9,1 millones. El estado de las cuotas adeudadas por los miembros arrojó saldos deudores de \$4,2 millones al 31 de diciembre de 2001, frente a \$5,2 millones a fines de 1999. El estado de los fondos fiduciarios del CAREC reflejó un aumento de \$1,2 millones de ingresos y de \$675.000 de gastos. Las cantidades adeudadas por los donantes se habían elevado a \$279.000, y los fondos adelantados habían totalizado \$794.000, lo que había arrojado un saldo en efectivo de \$515.000 en los fondos fiduciarios.

El CFNI había presentado un exceso de ingresos sobre los gastos de \$48.000. El aumento de \$310.000 de la recaudación de las cuotas evaluadas había dado lugar a un mejoramiento de \$297.000 del desempeño bienal del CFNI, frente al déficit bienal 1998-1999 de \$249.000. El presupuesto ordinario del CFNI y el déficit acumulado del fondo de trabajo habían disminuido a \$344.000 desde el 31 de diciembre de 2001. El estado de las cuotas adeudadas indicaba que los atrasos habían disminuido a \$723.000, y el estado de los fondos fiduciarios reflejaba gastos de \$204.000, un aumento de \$170.000 frente al bienio anterior.

El INCAP había recibido ingresos de \$1,2 millones para su presupuesto ordinario, como en el bienio anterior. Gracias a un control cuidadoso de los gastos, el Centro había tenido un exceso neto de ingresos sobre gastos de \$35.000. Como el fondo de trabajo estaba plenamente financiado a \$1 millón, el superávit se había transferido al fondo de reemplazo de activos fijos. El fondo de dotación del INCAP había ganado \$9.000 en intereses durante el bienio, que habían contribuido al saldo de \$348.000 del fondo. El estado de los fondos fiduciarios del INCAP había arrojado ingresos de \$2,1 millones y gastos de \$1,6 millones durante el bienio. Los saldos de los fondos fiduciarios habían aumentado de \$250.000 el 1 de enero de 2000 a \$800.000 el 31 de diciembre de 2001.

El informe del Auditor Externo fue presentado por el Sr. Graham Miller en nombre de sir John Bourn (Auditor Externo, Oficina de la Auditoría Nacional del Reino Unido). El Sr. Miller dijo que la auditoría no había revelado puntos flacos ni errores que los auditores hubieran considerado que repercutieran materialmente en la validez de los estados financieros en su totalidad. Los auditores externos habían emitido una opinión sin reservas sobre los estados financieros del ejercicio comprendido entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de diciembre de 2001. La auditoría externa había sido informada e independiente, y se había llevado a cabo siguiendo normas rigurosas y las prácticas más adecuadas. Cabe decir que, a la luz de acontecimientos recientes, la objetividad y la integridad del proceso de auditoría cobraba más importancia que nunca, en particular en el caso de organizaciones responsables de la función rectora de los fondos públicos o estatales.

Como parte de su trabajo, los auditores habían visitado la sede de la OPS y 10 oficinas de campo. Se habían enviado a la administración de la OPS cartas sobre asuntos de gestión que informaban sobre esas visitas.

En lo que respecta a la OPS, el informe de auditoría 2000-2001 confirmaba un exceso neto de ingresos sobre gastos de \$4,9 millones. Los resultados financieros del bienio mostraban que la Organización estaba en una posición relativamente fuerte, aunque había habido alguna reducción de la recaudación de las contribuciones señaladas de años anteriores.

La situación financiera de CAREC había mejorado, en particular por los mejores pagos a sus fondos fiduciarios. Sin embargo, los atrasos de las cuotas seguían afectando a la situación financiera del Centro. Los auditores externos habían alentado a los Estados Miembros a respetar el calendario de pago de sus contribuciones. En las cartas sobre asuntos de gestión se habían hecho varias observaciones en cuanto a las posibles mejoras de la gestión financiera y los controles. En el CFNI, la tasa de recaudación de las contribuciones había sido, en general, inferior a la de la OPS, pese a los esfuerzos del Instituto por alentar a los Estados Miembros a pagar sus cuotas; esto tenía un efecto perjudicial sobre la viabilidad financiera del CFNI.

En el informe de auditoría se indicaba que los auditores habían llevado a cabo anteriormente un examen de alto nivel del marco de planificación estratégica, vigilancia y evaluación de la OPS, que se había presentado al Comité Ejecutivo en junio de 2000. Siguiendo la recomendación de los auditores de que se procediera a realizar exámenes cíclicamente, y a petición del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, se había llevado a cabo en 2000-2001 una evaluación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS), con participación de la auditoría externa. El trabajo había abordado cuatro objetivos principales en cuanto a la eficacia y la gestión del Centro, como también había procurado probar un modelo que podría usarse para evaluar los demás centros, en general. Se había presentado al Director un informe de dicha evaluación.

Se había presentado un informe de auditoría por separado sobre el INCAP, en el que se había puesto de manifiesto un ligero superávit. Había seguido aumentando la proporción de cuotas cobradas, y los sistemas de control financiero seguían siendo sólidos y eficaces.

El Delegado de Jamaica señaló que CARICOM había solicitado años atrás una evaluación de la función de las diversas instituciones como el CFNI, el CAREC y otras, con miras a determinar si su trabajo podría realizarse más eficazmente. Resultó ser que el no haber realizado tal evaluación estaba influyendo en las actitudes de los gobiernos frente a la contribución, por lo que era esencial realizar la evaluación lo antes posible.

El Delegado de Canadá acogió con agrado la opinión favorable a la auditoría y la conclusión general de que la Organización tenía una buena base financiera. Consciente de la presión que recaía en una organización cuando las cuotas no se pagaban en su totalidad

y a tiempo, exhortó a todos los Estados Miembros a que intentasen seriamente cumplir su obligación. Preguntó si el superávit podría servir en el futuro para bajar las cuotas de los Estados Miembros.

El Director dijo que pocas cosas tenían más importancia para la posición de una organización que el informe sobre cómo se llevaban las finanzas. Si una organización pública cometía un acto ilícito o un fraude, podría verse muy seriamente dañada. Los recursos de la OPS provenían de los países que la constituían, los cuales se esforzaban sobremedida y tenían gran dificultad para pagar sus cuotas. Una opinión sin reservas de la auditoría no era algo que se formulara a la ligera, y representaba un claro gesto de aprobación de la manera en que se administraban los fondos de la Organización. La OPS, dijo, tenía un elevadísimo sentido de la responsabilidad en cuanto a la adecuada utilización de los fondos públicos. Además, cuando la OPS recibía de los auditores una carta sobre asuntos de gestión, la tomaba muy seriamente como algo sobre lo que había que trabajar de inmediato. Esperaba que el Comité Ejecutivo compartiera su satisfacción por el favorable informe de los auditores sobre la gestión de los fondos de la Organización.

El orador agregó que era una fuente de satisfacción saber que, al menos, el déficit del fondo de trabajo del CAREC y del CFNI se había eliminado. Por recomendación de los auditores, se cerrarían algunos fondos que llevaban varios años inactivos.

Por otro lado, manifestó su inquietud por los impagos de cuotas de algunos Estados Miembros. Tales impagos solían deberse a incapacidad y no a renuencia; conocedora de ello, la OPS era solidaria con tal dificultad, pero también tenía sus propias dificultades. Al momento eran menos que en otros bienios los países a los que cabía aplicar el Artículo 6.B de la Constitución, y esperaba que un día no hubiese ninguno.

Tal vez, continuó, cabría estudiar la posibilidad de emplear el superávit para reducir las cuotas, pero su experiencia como Director le indicaba que la actitud de los Estados Miembros no era la de pretender tener contribuciones inferiores. Lo que los países querían era tener la seguridad de que sus contribuciones se administraban adecuadamente y daban los resultados deseados, pero no parecían preocupados por recortar sus contribuciones.

El Comité aprobó la resolución CE130.R5.

Fondo de trabajo

El Sr. Mark Mathews (Jefe, Departamento de Presupuesto y Finanzas, OPS) señaló a la atención de los presentes el documento CE130/24, sobre la situación del fondo de trabajo de la Organización. Este fondo se había establecido de conformidad con la

resolución II de la tercera reunión del Consejo Directivo, financiado con los fondos excedentes al 31 de diciembre de 1949, con el objeto primordial de financiar las consignaciones del presupuesto ordinario, y estaba supeditado a la recepción de las contribuciones señaladas de los Estados Miembros. Además, con el fondo también podía hacerse frente a las necesidades de los centros panamericanos, en espera de la recepción de sus contribuciones señaladas.

En 1979, el Banco Interamericano de Desarrollo había dado su acuerdo para el préstamo de \$5 millones a la Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF) para el Programa Ampliado de Libros de Texto. La OPS había garantizado el préstamo y mantenido como reserva una parte del saldo disponible del fondo de trabajo. La reserva, que representaba el saldo pendiente del préstamo, era de \$2,9 millones a 31 de diciembre de 2001.

En 1993, el 37.º Consejo Directivo, habiendo observado el incremento del presupuesto bienal, había autorizado al Director a aumentar el nivel del fondo de trabajo de \$11,0 millones a \$15,0 millones. Desde entonces, las actividades de la Organización habían seguido ampliándose y el presupuesto había aumentado 17%. Se esperaba que el gasto total de la OPS, incluidas las adquisiciones y otras actividades extrapresupuestarias, alcanzara \$600 millones en el bienio en curso, lo que representaba un aumento de más de 80%.

Durante los tres bienios precedentes, la OPS había recurrido al fondo de trabajo para financiar los déficits del presupuesto ordinario, los gastos extraordinarios por la renovación del edificio de la Sede, los imprevistos del Fondo Rotatorio para el Programa Ampliado de Inmunización, así como los déficits temporales de dos de los centros panamericanos administrados por la Organización. Durante el bienio 1994-1995, el fondo de trabajo se había agotado de resultas de un fallo desfavorable del Tribunal de la OIT.

El presupuesto bienal se financiaba mediante las contribuciones señaladas y con los ingresos varios. Se había previsto que los ingresos varios, incluidos los ingresos en concepto de inversiones, contribuirían con \$16,5 millones al presupuesto bienal 2002-2003. Sin embargo, los tipos de interés habían bajado extraordinariamente desde que se habían hecho tales proyecciones: los Estados Unidos estaban en su punto más bajo desde hacía 40 años. Por consiguiente, en los cálculos actuales en concepto de ingresos varios se proyectaba un déficit de la cantidad presupuestada de hasta \$6,0 millones.

Aunque el fondo de trabajo estaba plenamente financiado en \$15 millones, el saldo disponible era de \$12,1 millones. Esto representaba menos de dos meses de gasto, después de tener en cuenta la reserva para el préstamo de la PAHEF. Dados los riesgos financieros inherentes al actual ambiente económico y político, se solicitaba un aumento

de \$8,0 millones del máximo de capitalización del fondo de trabajo. Con \$23,0 millones, el fondo equivaldría al gasto actual de unos tres meses. El aumento podría ser financiado con la recaudación de los atrasos de las contribuciones en el bienio corriente y más adelante.

El Delegado de Canadá preguntó si el pago inmediato de las cuotas reduciría la necesidad de aumentar el Fondo de Trabajo. La Delegada de Estados Unidos solicitó más información sobre el saldo del fondo desde 1994-1995. Señaló que la OPS tenía otros fondos especiales para hacer frente a gastos imprevistos o extraordinarios, como el Fondo para Bienes Inmuebles. Estados Unidos consideraba que el fondo de trabajo de las organizaciones internacionales no debía superar el 8,3% de su presupuesto anual, lo que representaba el gasto operativo de un mes. El objetivo del 8,3% había sido respaldado por la Dependencia Común de Inspección de las Naciones Unidas para los organismos del sistema. Dado que el fondo de trabajo de la OPS ya casi duplicaba ese nivel, Estados Unidos no podía dar su apoyo a la propuesta de aumentarlo. La delegada propuso volver a estudiar la cuestión al cabo de un año, pues al parecer no se preveían gastos verdaderamente grandes en el próximo año.

El Sr. Mathews respondió que el pago inmediato de las cuotas reduciría la necesidad de aumentar el fondo de trabajo, pero no la eliminaría. A junio de 2002, los atrasos debidos a la Organización totalizaban \$91 millones. Recordó que el saldo del fondo era de \$156.000 a fines del bienio 1994-1995, de \$6,8 millones a fines de 1996-1997 y de \$15 millones al final de 1998-1999 y de 2000-2001. El objetivo de un mes de gastos operativos había sido propuesto por un inspector de la Dependencia Común de Inspección en un informe de 1989, en el que también se afirmaba que la evaluación de los niveles aconsejables de un fondo de trabajo debía tener en cuenta varios factores, como el objetivo del fondo, otros tipos de reservas, como los fondos especiales para fluctuaciones monetarias, y la autoridad para pedir adelantos. La OPS no disponía de otras reservas, ni tenía la capacidad de emitir adelantos internos. Un fondo de trabajo de \$23 millones representaría 12% del presupuesto ordinario de la OPS, pero sólo 8% del presupuesto combinado de la OPS/OMS. Otras organizaciones de las Naciones Unidas tenían un fondo de trabajo con un nivel entre 9% y 13% de su presupuesto.

El Dr. Alleyne recordó que en el bienio 1994-1995, cuando accedió al puesto de Director, el juicio desfavorable del Tribunal de la OIT, junto con otros gastos imprevistos, había obligado a la OPS a proceder a recortes de personal y de programas. La Organización se salvó por muy poco, y casi había tenido que vaciar el fondo de trabajo. Él había prometido al Comité Ejecutivo que tal situación no volvería a presentarse. Gracias a la cuidadosa gestión en los años posteriores, se había restaurado el fondo de trabajo, pero se necesitaba un amortiguador más grande.

Si bien era verdad que algunas organizaciones tenían fondos de trabajo más pequeños, no era menos cierto que, a diferencia de la OPS, podían pedir adelantos internos, lo que él no consideraba una buena práctica de gestión. Un fondo equivalente a los gastos operativos de tres meses no era una cantidad enorme; era una protección razonable contra la incertidumbre. Tener un fondo de trabajo suficiente era una cuestión de prudencia, pues no se podía predecir el futuro en cuanto a la estabilidad financiera. En el último año, por ejemplo, habían caído los tipos de interés, lo que había tenido un efecto devastador en los ingresos proyectados de la Organización. Para cuando el Comité Ejecutivo se reuniera en junio de 2003, las razones de tener un amortiguador más grande serían, sin duda, aún más convincentes. Entre tanto, la Oficina proporcionaría a los Estados Miembros más información sobre lo que había sucedido cuando la Organización había estado cerca de la ruina.

El Comité Ejecutivo decidió volver a estudiar la cuestión del fondo de trabajo en su 132.^a sesión, en 2003 (decisión CE130[D5]).

Edificios de la OPS y sus instalaciones (documento CE130/25, Rev. 1)

El Dr. Richard Marks (Jefe, Departamento de Servicios Generales de la OPS) explicó que el proyecto de renovación del edificio de la sede de la OPS se había llevado a cabo, en lo fundamental, en el plazo previsto y ligeramente por debajo de los \$13 millones presupuestados. El edificio se había modernizado a fondo; se había retirado del edificio la práctica totalidad de los materiales que contenían asbesto, y se habían hecho varias adaptaciones al edificio en cumplimiento de la ley de los Estados Unidos sobre las personas con discapacidades. Se habían diseñado de modo más ergonómico los puestos de trabajo y otras zonas, como las adaptadas para breves descansos y las salas de conferencias, lo que había mejorado las condiciones de trabajo del personal. Con la finalización del proyecto, el límite máximo del Fondo para Bienes Inmuebles regresaría a su nivel normal de \$500.000.

La Oficina solicitaba ahora la aprobación del Comité para un nuevo proyecto por financiar con cargo al Fondo para Bienes Inmuebles. El proyecto consistía en reparar y sustituir varias zonas de hormigón de los garajes del sótano y subsótano, deterioradas por el agua y con signos importantes de desgaste. La cantidad solicitada para las obras era de \$220.000.

El Comité aprobó la resolución CE130.R11, por la que se aprueba el proyecto propuesto.

Asuntos relativos al personal

Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CE130/26)

El Sr. Philip MacMillan (Jefe, Departamento de Personal, OPS) resumió las modificaciones que se habían hecho al Reglamento y al Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana desde la 128.^a sesión del Comité en 2001. Dichos cambios concordaban con los aprobados por el Consejo Ejecutivo de la OMS en su 108.^a y 109.^a reuniones. También se ajustaban a la resolución CE59.R19, aprobada por el Comité Ejecutivo en su 59.^a sesión (1968), en la que se solicitaba al Director que continuase introduciendo las modificaciones que estimara necesarias en las disposiciones del Reglamento del Personal de la OPS a fin de que guardasen estrecha semejanza con las del Reglamento de Personal de la OMS.

Se habían efectuado modificaciones de la escala de sueldos, que figuraba en el Artículo 330.2, para el personal de la categoría profesional y superior, ateniéndose a la fórmula “sin pérdida ni ganancia”, en conformidad con los ajustes aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Como consecuencia de tal modificación, también había que ajustar los sueldos correspondientes del Director Adjunto, la Subdirectora y el Director. Se invitó al Comité Ejecutivo a ratificar los cambios de sueldo correspondientes al Director Adjunto y la Subdirectora, y a recomendar a la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana que aprobara el ajuste aplicable al sueldo del Director.

El Artículo 110.7 del Reglamento del Personal aclaraba la necesidad de que los miembros del personal comunicasen los intereses que pudieran tener y que quizá entrasen en conflicto con los de la Organización. Los artículos 350.1 y 350.2.2 del Reglamento del Personal se referían a los costos de pensionado de los hijos del personal de contratación internacional con derecho a subsidio de educación. El Artículo 530 del Reglamento del Personal trataba de la supervisión y evaluación del desempeño del personal, y se había modificado para reflejar la introducción del nuevo sistema de evaluación del desempeño de la OPS.

Las restantes enmiendas al Reglamento y Estatuto del Personal estaban relacionadas con los cambios en los arreglos contractuales aprobados por el Consejo Ejecutivo de la OMS en enero de 2002, que podían dividirse en tres categorías generales. Una era el abandono de los nombramientos de funcionarios de carrera y el establecimiento de tres tipos de contratos: los nombramientos temporales (11 meses o menos), los nombramientos de plazo fijo (entre 1 y 5 años) y los nombramientos de servicio (sin un límite temporal especificado, pero que continuaría mientras se requirieran las funciones y si el desempeño del funcionario era satisfactorio). La segunda categoría

contenía cambios de la duración de los nombramientos temporales y de las prestaciones para el personal contratado a plazo fijo. La tercera categoría tenía que ver con procedimientos de cese en el empleo del personal cuyos puestos se hubieran suprimido.

El documento CE130/26 contenía el texto de las modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal, junto con una explicación más detallada de cada cambio. Se invitó al Comité Ejecutivo a ratificar dichas modificaciones.

La Delegada de los Estados Unidos señaló que algunos de los cambios eran constructivos porque daban prioridad al mérito y al desempeño, pero que otros tendrían repercusiones económicas. Su delegación era consciente de que la política de la OPS consistía en modificar su Reglamento del Personal para adaptarlo a los cambios aprobados por el Consejo Ejecutivo de la OMS; sin embargo, a discreción del Director, la OPS podía optar por no aplicar alguno de los cambios. En cualquier caso, los Estados Unidos esperaban que la Oficina aplicase las modificaciones muy cuidadosamente, para que no agregaran una carga económica significativa.

El Sr. MacMillan aseguró al Comité que la Oficina velaría por que el Reglamento del Personal se interpretase y aplicase adecuadamente, teniendo cuidado de evitar todo aumento importante de costos. En términos generales, creía que los cambios eran positivos, precisamente porque insistían más en el desempeño y en que el personal estuviera al alto nivel que los Estados Miembros de la Organización esperaban.

El Comité aprobó la resolución CE130.R12, por la cual confirmó las modificaciones al Reglamento y al Estatuto del Personal, el establecimiento de los sueldos de la Subdirectora y del Director Adjunto, y la recomendación de que la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana confirmara el cambio de sueldo del Director.

Intervención de la representante de la Asociación de Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CE130/27)

La Sra. Brenda Simons Gilliam (Presidenta, Asociación de Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana) dio al Comité las gracias por dar a la Asociación de Personal la oportunidad de presentar alguna de sus inquietudes con relación a los cambios en el Reglamento del Personal y otros asuntos que afectaban a las condiciones de trabajo del personal de la Organización. Algunos de los cambios del Reglamento del Personal eran buenos. En particular, se había acogido favorablemente la ampliación de la cobertura de atención de salud al personal temporero. En efecto, no podía justificarse que una organización sanitaria no ofreciese seguro de salud a todos sus empleados.

Sin embargo, la Asociación de Personal tenía graves objeciones a otros cambios. Por ejemplo, el cambio del procedimiento de supresión de los puestos y de reducción de

la plantilla disminuiría enormemente la seguridad del trabajo del personal. Para proteger los derechos adquiridos del personal en servicio, la Asociación consideraba que no debía cambiarse el procedimiento o, si las enmiendas aprobadas por la OMS fueran adoptadas, que el nuevo procedimiento debía aplicarse sólo al personal contratado a partir de la fecha de entrada en vigor de la modificación. Además, a la Asociación le preocupaba que las tareas que cubría el personal cuyos puestos pudieran suprimirse quizá se reasignaran a personal que ya estaba sobrecargado. Deseaba recalcar que los puestos debían suprimirse sólo si las funciones asociadas con ese puesto ya no fueran necesarias.

También preocupaba a la Asociación de Personal la repercusión que los cambios del Artículo 530 del Reglamento del Personal podrían tener en el sistema de evaluación del desempeño de la OPS, a cuyo diseño había contribuido el personal y que estaba especialmente orientado a las necesidades de la OPS. La Asociación instaba a la Oficina a adoptar sólo aquellos aspectos del sistema de evaluación del desempeño de la OMS que respondieran a las necesidades de la OPS y su personal.

La Asociación de Personal seguía manteniendo que cualquier reforma de los recursos humanos que se introdujera en la OMS y la OPS debía ser fruto de un proceso de negociación colectiva de buena fe entre el personal y la dirección. La Asociación proponía, por consiguiente, la creación de un comité mixto del personal y la administración de la OPS para estudiar el tema y formular una propuesta que se presentaría en la próxima reunión del Consejo Mundial Personal/Administración de la OMS.

A la Asociación de Personal también le preocupaba la cuestión del acoso, que existía en la OPS en diversos grados. Se necesitaba una política como la aplicada en la OMS, y también adiestramiento del personal, supervisor y no, sobre lo que constituye acoso y cómo hacerle frente. La seguridad del personal de campo era otro asunto que requería atención. La Asociación de Personal consideraba que, al trasladar las oficinas de campo, la seguridad del personal tenía que ser una consideración primordial, pues los recursos humanos eran el recurso más importante de la Organización. La Asociación solicitó también que se preparase un plan de seguridad para el personal contratado en los países, y sus familias, en lo que atañe a desastres naturales, disturbios políticos u otras circunstancias peligrosas.

Otros temas de interés eran las oportunidades de promoción profesional del personal y la disminución de las pensiones del personal de Servicios Generales debido a las devaluaciones. La Asociación de Personal mantenía una relación amigable y cortés con la administración y esperaba continuar el diálogo para abordar esos y otros temas planteados en el documento CE130/27.

En el subsiguiente debate, varios delegados señalaron que lo ideal hubiera sido que el Comité escuchara la intervención de la representante de la Asociación de Personal antes de tener que considerar las modificaciones del Reglamento del Personal. Como la resolución por la que se confirmaban dichas modificaciones ya había sido aprobada, poco podía ya hacer el Comité respecto a los asuntos mencionados en la ponencia. El Comité señaló también que algunos de los problemas citados por la Sra. Simons Gilliam –en particular el del acoso– no se habían tratado en el documento, y sugirió que en el futuro dicho documento incluyera todos los asuntos que la Asociación de Personal deseara someter a la consideración del Comité.

La Delegada de Jamaica señaló que se había mencionado a su país como uno de los países en los cuales se había reubicado la oficina de campo de la OPS. La oficina ocupaba ahora el mismo edificio del Ministerio de Salud. Como el edificio tenía servicios de seguridad veinticuatro horas al día y el acceso se controlaba cuidadosamente, estaba segura de que los funcionarios de la OPS estaban bien protegidos.

En respuesta, la Sra. Simons Gilliam dijo que era usual que el representante de la Asociación de Personal se dirigiera al Comité después del Jefe de Personal. Sin embargo, no sabía que el Comité ya hubiera aprobado una resolución sobre el Reglamento del Personal antes de su presentación. En cuanto al tema del acoso, no se había incluido en el documento CE130/27 porque la Asociación de Personal había solicitado que se mencionara en su declaración después de que el documento ya se había dado a la imprenta.

El Director dijo que simplemente no se le había ocurrido invertir el orden tradicional de los temas del orden del día del Comité y que la representante de la Asociación de Personal precediera al Jefe de Personal. Sin embargo, aunque hubiera hablado primero, habría sido imposible acceder a algunas de las solicitudes de la Asociación. Las modificaciones del Reglamento del Personal ya habían sido aprobadas por el Consejo Ejecutivo de la OMS, y la OPS no tenía otra opción que aplicarlas, ya que algunos puestos de la OPS eran financiados por la OMS. Sencillamente, no era factible, desde un punto de vista de gestión, aplicar reglas diferentes al personal que ocupaba puestos financiados por la OPS. En lo que se refería a las inquietudes de la Asociación de Personal por la supresión de puestos, prometió que los puestos se eliminarían sólo si las funciones ya no fueran necesarias. Nunca se recurriría a una supresión de puestos como respuesta a un desempeño insatisfactorio, lo que era un asunto totalmente distinto.

En cuanto a la evaluación del desempeño del personal, la OPS no adoptaría automáticamente todos los aspectos del sistema de la OMS. En muchos aspectos, el sistema de evaluación del desempeño de la OPS era más avanzado, y, en realidad, la OMS había copiado muchos de los puntos positivos del sistema de la OPS. El sistema se basaba en el acuerdo, entre supervisores y supervisados, en cuanto a las tareas por llevar

a cabo. La evaluación no era valorativa ni pretendía ser un mecanismo para castigar al personal. Más bien, estaba diseñada para revelar si una persona había trabajado como estaba acordado.

Con respecto a la seguridad del personal, aseguró al Comité que la OPS prestaba mucha atención a la seguridad de su personal de campo, y casi todas las mudanzas a nuevos locales se habían hecho precisamente para mejorar la seguridad y las condiciones de trabajo del personal. En cuanto a la seguridad del personal nacional, la OPS estaba obligada a seguir el Manual de Seguridad de las Naciones Unidas. No obstante, dado que la Organización estaba profundamente preocupada por la seguridad y el bienestar de todo su personal, en algunos casos había implantado procedimientos que iban más allá de los reglamentos de las Naciones Unidas, como el transporte del personal de contratación nacional. El Director no creía en verdad que el personal nacional estuviera en situación desventajosa en cuanto a la protección y seguridad.

Sobre el tema del acoso, no quería que el Comité tuviera la impresión de que este era un problema importante en la OPS. De todos modos, estaba debatiéndose una política sobre el tema con la Asociación de Personal, y ya había sido adoptada varios años antes una política en materia de acoso sexual. En cuanto a la promoción profesional, si bien la OPS no tenía un “escalafón”, en sentido estricto, brindaba oportunidades de promoción profesional que habían permitido a algunos funcionarios progresar en el seno de la Organización. Dijo que era un firme partidario del programa de desarrollo de los funcionarios de la OPS, aunque una parte del personal que se beneficiaba del programa quizá dejase luego la Organización, ya que las posibilidades de promoción profesional eran forzosamente limitadas.

Dadas las condiciones de servicio en el sistema de las Naciones Unidas, la OPS no podía considerar la posibilidad de adoptar el sistema de negociación colectiva habitual en el sector privado. Sin embargo, le encantaría establecer un comité para considerar la experiencia de la OIT con la negociación colectiva y evaluar si sería ventajoso que la OPS desarrollase un sistema similar. Afirmó que hacía mucho tiempo que había dicho que siempre defendería el derecho de asociación del personal y su derecho para expresar sus puntos de vista, mientras la relación entre él mismo y la Asociación de Personal se caracterizara por el respeto mutuo y la comprensión. Le complacía que ese hubiera sido el caso durante los ocho años de su dirección.

El Comité Ejecutivo agradeció al personal de la Organización su delicado trabajo y su dedicación, y expresó la convicción de que la buena voluntad que ambas partes mostraban haría posible que la Asociación de Personal y la Administración llegaran a resolver satisfactoriamente los temas planteados en la ponencia. El Comité tomó nota del informe, pero no consideró necesario aprobar una resolución sobre este tema (decisión CE130(D7)).

Asuntos de información general

Resoluciones y otras acciones de la 55.^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS (documento CE130/28)

El Director Adjunto resumió los aspectos clave de 19 resoluciones adoptadas por la 55.^a Asamblea Mundial de la Salud (mayo de 2002) que la Oficina consideraba de especial importancia para la Región de las Américas.

En la primera resolución adoptada por la Asamblea, esta felicitaba a la OPS por su centenario. El Dr. Brandling-Bennett dirigió la atención del Comité a las resoluciones sobre salud mental (en respuesta al llamado a la acción); salud y desarrollo sostenible; contribución de la OMS al seguimiento del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA; protección de las misiones médicas durante conflictos armados; garantía de la accesibilidad de los medicamentos esenciales; erradicación de la viruela (destrucción de las reservas de virus variólico); respuesta mundial de salud pública a la aparición natural, la liberación accidental o el uso deliberado de agentes biológicos y químicos o de material radionuclear que afecten a la salud; prevención y control del dengue y el dengue hemorrágico; calidad de la atención (seguridad del paciente); contribución de la OMS al logro de los objetivos de desarrollo de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas; régimen alimentario, actividad física y salud; nutrición del lactante y del niño pequeño; informe financiero sobre las cuentas de la OMS en 2000-2001; miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución; atrasos en el pago de las contribuciones (República Dominicana); sueldos de los titulares de puestos sin clasificar y del Director General; modificaciones del Estatuto del Personal; y necesidad de ampliar la representación de los países en desarrollo en la Secretaría y en los cuadros y comités de expertos y consultivos.

El Director Adjunto comunicó asimismo que el Programa Nacional de Atención Odontológica Integral para Mujeres Trabajadoras de Escasos Recursos, de Chile, había recibido el Premio Sasakawa de Salud. Hizo extensiva la enhorabuena de la OPS a ese programa. Estados Unidos había sido elegido para designar una persona que formara parte del Consejo Ejecutivo de la OMS, que había celebrado su 110.^a sesión inmediatamente después de la conclusión de la Asamblea. Durante esa reunión, la Dra. Clarice Modeste-Curwen, Ministra de Salud de Granada, había sido elegida Vicepresidenta del Consejo Ejecutivo.

El Comité tomó nota del informe, pero no consideró necesario aprobar una resolución sobre este tema (decisión CE130[D8]).

Otros asuntos

El Delegado de El Salvador subrayó la gravedad creciente de la situación del dengue en su país. Se habían diagnosticado unos 7.400 casos y 7 niños habían muerto de la enfermedad. Solicitó el apoyo continuo de la OPS e instó a los países centroamericanos a que aunaran esfuerzos para combatir la enfermedad, de acuerdo con la Resolución CD43.R4, aprobada el año anterior por el Consejo Directivo, que abogaba por una respuesta coordinada.

El Director dijo que la OPS haría todo lo posible por promover un enfoque regional del dengue, que era indudablemente un problema que trascendía las fronteras nacionales. La Organización propugnaba un enfoque intersectorial que insistía en la promoción de la salud, la educación sanitaria y la comunicación, así como la participación comunitaria, para controlar el vector, *Aedes aegypti*, y prevenir las epidemias, en lugar de reaccionar a ellas después que surgieran. Con ese fin, la Oficina había llamado recientemente a un funcionario experto en comunicaciones y, después de la sesión del Consejo Directivo de 2001, había escrito a los ministros de salud de todos los Estados Miembros, alentándoles a que hicieran causa común con los ministros de educación en la lucha contra el dengue.

Entrega de un premio por la Sociedad Mundial de Epidemiología Veterinaria

El Presidente presentó al Dr. James H. Steele, quien hizo entrega de un premio al Dr. Alleyne en nombre de la Sociedad Mundial de Epidemiología Veterinaria. El Dr. Steele es Doctor en Veterinaria y titular de una Maestría en Salud Pública. Había tenido una larga y distinguida carrera en la salud pública veterinaria. Entre sus muchos logros, había creado la División de Salud Pública Veterinaria de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos y contribuido al lanzamiento de actividades de salud pública veterinaria en la OMS y la FAO. El Dr. Steele proseguía su actividad de consultor de muchos organismos nacionales e internacionales, incluidas la OPS y la OMS. A la fecha, era profesor emérito en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Texas y consultor en el Instituto de Bromatología e Ingeniería en la Universidad A & M de Texas, donde su trabajo se centraba en la higiene de la industria alimentaria y el control de las enfermedades transmitidas por los alimentos.

El Dr. Steele recordó que su introducción en la OPS había tenido lugar en 1945, cuando se le había pedido que evaluara algunos problemas de salud pública veterinaria en el Caribe. En ese momento, había recomendado que la Organización estableciera un programa de salud pública veterinaria, y estaba muy satisfecho de ver que, casi cincuenta años después, el programa estaba prosperando. Continuando la tradición empezada por el Dr. Fred Soper, sir George Alleyne había contribuido a que el programa de la OPS fuera

un modelo para el mundo en cuanto a la colaboración internacional entre el sector agropecuario y la salud pública, así como entre la veterinaria y la medicina. La Sociedad Mundial de Epidemiología Veterinaria lo había honrado creando el premio James H. Steele, que le complacía sobremanera entregar al Dr. Alleyne por su servicio y contribución distinguida al progreso de la salud pública veterinaria.

El Director afirmó que le honraba profundamente recibir el premio personalmente del Dr. Steele, monumento de la salud pública y verdadera leyenda de su tiempo y para siempre. Aceptó el premio no sólo en su propio nombre, sino en nombre de todos los abnegados profesionales que, en la OPS y en otros lugares de la Región, tanto habían trabajado durante mucho tiempo en el campo de la salud pública veterinaria. El Dr. Steele era la personificación del trabajo intersectorial. Si los que siguieron sus pasos realizaran una fracción de lo que él había hecho para asegurar la indivisibilidad de la veterinaria y la medicina, podrían realmente sentirse muy orgullosos. En nombre de toda la Organización Panamericana de la Salud, deseaba agradecerle al Dr. Steele su inestimable contribución a los pueblos americanos mediante su dedicación a la salud pública veterinaria.

Clausura de la sesión

El Director dio las gracias a los miembros y a los observadores por su participación activa y su intensa atención al trabajo del Comité. También agradeció a la Presidencia la habilidad desplegada para dirigir la sesión. La eficiencia del Dr. Ramsammy había permitido al Comité conseguir mucho en unos pocos días. El Comité podía sentirse orgulloso de las resoluciones que había aprobado. Su atención a los detalles y el consenso logrado en cuanto al contenido de esas resoluciones facilitarían enormemente el trabajo de la Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre.

El Dr. Ramsammy dijo que Guyana se sentía honrada y privilegiada por haber podido asumir la Presidencia del Comité Ejecutivo. Dijo que la sesión había sido muy productiva, y agradeció a los participantes sus constructivas contribuciones a las deliberaciones del Comité. Expresó su gratitud al Director, el Director Adjunto y todos los funcionarios de la OPS que habían prestado su apoyo a las reuniones y declaró clausurada la 130.^a sesión del Comité Ejecutivo.

Resoluciones y decisiones

Las siguientes son las resoluciones aprobadas y las decisiones adoptadas por el Comité Ejecutivo en su 130.^a sesión:

Resoluciones

CE130.R1 Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2003-2007

LA 130.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2003-2007 (documento CE130/12),

Tomando nota con satisfacción de los cambios verificados en el proceso de planificación y, como resultado, la atención especial que se presta a cuestiones institucionales decisivas para lograr las prioridades de la cooperación técnica, y

Previendo que la Oficina tendrá en cuenta las observaciones del Comité Ejecutivo al ultimar el Plan,

RESUELVE:

Recomendar a la Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución redactada en los siguientes términos:

LA 26.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2003-2007 (documento CSP26/10);

Consciente de la función constitucional de la Conferencia Sanitaria Panamericana consistente en determinar las políticas generales de la Organización, y

Reconociendo la necesidad que tiene la Oficina de canalizar sus esfuerzos y recursos hacia las prioridades regionales colectivas de salud para ayudar a lograr que todos los pueblos de la Región gocen de una salud óptima,

RESUELVE:

1. Aprobar el Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2003-2007.

2. Solicitar al Director que:
 - a) tenga en cuenta el Plan Estratégico y los recursos humanos que se necesitarán para ejecutarlo al preparar el presupuesto bienal por programas para el ejercicio económico 2003-2007;
 - b) vigile y evalúe el grado en que se logran los objetivos del Plan Estratégico;
 - c) distribuya ampliamente el documento "Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2003-2007".

(Quinta reunión, 26 de junio de 2002)

CE130.R2 Anteproyecto de Presupuesto por Programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el Ejercicio Económico 2004-2005

LA 130.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el documento CE130/8, que contiene una solicitud tentativa a la Organización Mundial de la Salud de un monto de US\$ 72.491.000, sin aumento de costos, para la Región de las Américas para el ejercicio económico 2004-2005,

RESUELVE:

Recomendar a la 26.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 54.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, que apruebe una resolución redactada en los siguientes términos:

LA 26.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado el documento CSP26/6 y la solicitud tentativa a la Organización Mundial de la Salud de un monto de US\$ 72.491.000, sin aumento de costos, para la Región de las Américas para el ejercicio económico 2004-2005, 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 \$72.491.000, sin aumento de costos, para la Región de las Américas para el ejercicio económico 2004-2005, a objeto de que sea sometida a la consideración del Consejo Ejecutivo de la OMS y de la Asamblea Mundial de la Salud en 2003.

(Quinta reunión, 26 de junio de 2002)

CE130.R3 Recaudación de las Cuotas

LA 130.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el informe del Director sobre la recaudación de las cuotas (documento CE130/22 y Add. I), así como el informe relativo a los Estados Miembros atrasados en el pago de las cuotas al punto de que pueden estar sujetos a la aplicación del artículo 6.B de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud;

Teniendo en cuenta las disposiciones del artículo 6.B de la Constitución de la OPS relativas a la suspensión de los derechos de voto de los Estados Miembros que no cumplan sus obligaciones financieras, y de la posible aplicación de dichas disposiciones a los Estados Miembros que no cumplan el plan aprobado de pagos diferidos; y

Observando con inquietud que hay 24 Estados Miembros que no han efectuado ningún pago de sus contribuciones señaladas para 2002 y que las cantidades recaudadas correspondientes a las contribuciones de 2002 representan solo 33% del total de las cuotas señaladas para el año en curso,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe del Director sobre la recaudación de las cuotas (documento CE130/22 y Add. I).
2. Agradecer a los Estados Miembros que ya han efectuado pagos correspondientes a 2002 e instar a los demás Estados Miembros a que paguen sus cuotas pendientes lo más pronto posible.
3. Recomendar a la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana 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 suficientes 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 a la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana sobre el estado de la recaudación de las cuotas.

(Quinta reunión, 26 de junio de 2002)

**CE130.R4 Reglamento Financiero de la OPS: Propuesta de modificación del
Reglamento Financiero**

LA 130.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo estudiado la ponencia del Director sobre la propuesta de modificación del Reglamento Financiero que figura en el documento CE130/23, y

Considerando que la modificación aportará mayor conformidad con el Reglamento Financiero de la Organización Mundial de la Salud aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud (resolución WHA53.6), y adaptará el Reglamento Financiero de la OPS al adecuado cumplimiento de las normas de contabilidad del sistema de las Naciones Unidas,

RESUELVE:

Recomendar a la Conferencia Sanitaria Panamericana la adopción de una resolución en los siguientes términos:

LA 26.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo estudiado la recomendación del Comité Ejecutivo y la propuesta de modificación del Reglamento Financiero que figura en el anexo 2 del Documento CSP26/19, y

Considerando que la modificación del Reglamento aportará, en la medida en que es práctico y posible, mayor conformidad entre el Reglamento Financiero de la Organización Mundial de la Salud y el de la Organización Panamericana de la Salud, y adaptará el Reglamento Financiero de la OPS al adecuado cumplimiento de las normas de contabilidad del sistema de las Naciones Unidas,

RESUELVE:

Aprobar las modificaciones del Reglamento Financiero de la Organización Panamericana de la Salud que figuran en el anexo 2 del Documento CSP26/19.

(Quinta reunión, 26 de junio de 2002)

**CE130.R5 Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo
Correspondientes a 2000-2001**

LA 130.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo para 2000-2001 (*Documento Oficial 305*),

RESUELVE:

1. Transmitir el Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo para 2000-2001 (*Documento Oficial 305*) a la 26.ª Conferencia Sanitaria Panamericana.
2. Señalar que los estados financieros para el bienio 2000-2001 se presentan en conformidad con las Normas de Contabilidad del Sistema de las Naciones Unidas, lo que trae como consecuencia una mejora en la inclusión de datos y la claridad de los estados.
3. Encomiar a la Organización por su empeño en vigilar y fortalecer la situación 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, con inclusión de fuentes adicionales de apoyo y alentadores esfuerzos conjuntos para elaborar y poner en práctica estrategias dirigidas a mejorar esa situación financiera.
4. Felicitar al Director por sus esfuerzos fructíferos para mantener a la Organización en una situación financiera sólida.

(Quinta reunión, 26 de junio de 2002)

CE130.R6 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) en las Américas

LA 130ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Visto el documento CE130/9 sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas,

RESUELVE:

Recomendar a la Conferencia Sanitaria Panamericana la adopción de una resolución en los siguientes términos:

LA 26ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Recordando la resolución CD32.R12, en que se solicita al Director que facilite informes anuales sobre la situación del VIH/SIDA en la Región;

Visto el documento CSP26/7 sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida en las Américas;

Reconociendo que la epidemia de VIH/SIDA constituye una emergencia mundial y regional con efectos de largo alcance, cuyo impacto en los países de las Américas puede y debe ser reducido mediante un incremento en los esfuerzos políticos, técnicos y financieros, y

Consciente de las oportunidades que, para fortalecer las respuestas nacionales contra la epidemia, ofrecen las metas de la Declaración del 26.º período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (junio de 2001); el establecimiento del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria; la agenda compartida de la Organización Panamericana de la Salud, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial; los avances en el desarrollo de planes y alianzas estratégicas subregionales y entre países, y el rápido progreso de las iniciativas de la OMS y del ONUSIDA sobre el acceso acelerado a los medicamentos antirretrovirales en los países de la Región, así como la Estrategia Mundial para el Sector Salud de la OMS,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:

- a) realicen los mayores esfuerzos para cumplir con las metas de la Declaración de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, sobre todo en lo que atañe a la prevención de la infección con VIH; a la atención, apoyo y tratamiento de las personas que viven con VIH/SIDA y a la reducción del estigma y exclusión social asociados con la epidemia;
 - b) continúen promoviendo y facilitando la cooperación subregional y entre países, estableciendo alianzas estratégicas que utilicen las instancias técnicas y financieras y los foros económicos y políticos idóneos que puedan ampliar la respuesta nacional y regional a la epidemia de VIH/SIDA/ITS en las Américas; y
 - c) exploren las opciones nacionales y regionales para reducir los costos de los medicamentos antirretrovirales y otros suministros de salud pública relacionados con la lucha contra el VIH/SIDA.
2. Solicitar al Director que:
- a) fortalezca la capacidad y respuesta institucionales contra los desafíos planteados por la epidemia de VIH/SIDA en las Américas, específicamente en lo que concierne a las áreas de prevención de la infección con VIH e ITS y la atención y tratamiento de las personas que viven con VIH/SIDA;
 - b) desarrolle un marco estratégico Regional que apoye y fortalezca la cooperación técnica con los Estados Miembros y el mejor aprovechamiento de nuevas oportunidades mundiales y regionales, como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria; la iniciativa de acceso acelerado a los medicamentos antirretrovirales; la Estrategia Mundial del Sector Salud y la colaboración subregional y entre países, en el marco de la colaboración interagencial promovida por la Organización de las Naciones Unidas.
3. Agradecer al Director los completos informes anuales sobre la situación del SIDA en las Américas que ha venido presentando en conformidad con la resolución CD32.R12 adoptada por el Consejo Directivo en 1987, y pedirle que en el futuro informe a los Cuerpos Directivos sólo cuando surjan novedades importantes sobre la situación de la infección por el VIH/SIDA en la Región, incluidos los métodos de prevención y control.

(Quinta reunión, 26 de junio de 2002)

CE130.R7 Vacunas e Inmunización

LA 130.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo analizado el informe de progreso del Director sobre vacunas e inmunización (documento CE130/10),

RESUELVE:

Recomendar a la Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución redactada en los siguientes términos:

LA 26.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado el informe del Director sobre vacunas e inmunización (documento CSP26/8) y tomando nota del liderazgo de la Región en dicha área, así como la contribución decisiva de la inmunización al progreso de las iniciativas de supervivencia infantil;

Reconociendo los adelantos que se están logrando en las Américas con respecto a la interrupción de la transmisión autóctona del virus del sarampión, pero conscientes de que la Región está bajo amenaza constante de las importaciones, las cuales pueden ocasionar brotes extensos de sarampión si los niveles de cobertura de vacunación son insuficientes;

Tomando nota del compromiso notable de las autoridades sanitarias y de los gobiernos de la isla La Española para controlar con éxito el brote de poliomielitis causado por el virus de tipo 1 derivado de la vacuna de Sabin y el brote de sarampión notificado en 2001;

Reconociendo la necesidad de lograr una cobertura de vacunación uniforme en todos los municipios y de mejorar la calidad de los datos de vacunación y de vigilancia;

Considerando los adelantos importantes que están logrando los Estados Miembros en la aceleración del control de la rubéola y la prevención del síndrome de rubéola congénita, a fin de lograr una disminución más rápida de los casos de esta enfermedad y de lactantes nacidos con dicho síndrome;

Observando que, si bien la transmisión de fiebre amarilla en las zonas donde la enfermedad es enzoótica ha disminuido recientemente como resultado de la vacunación intensiva, hay indicios de circulación del virus en zonas donde no hay enzootia y de una distribución generalizada de *Aedes aegypti*, el vector urbano de la enfermedad, y

Consciente del uso potencial del virus de la viruela como un arma de bioterrorismo,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) asignen recursos suficientes para financiar todos los aspectos de los programas nacionales de vacunación, a fin de asegurar el logro sostenible de una cobertura vacunal de al menos 95% con todos los antígenos en todos los municipios, la realización de la meta de la interrupción de la transmisión autóctona del sarampión, el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis y la inclusión de nuevas vacunas e iniciativas importantes de salud pública;
 - b) lleven a cabo iniciativas de control acelerado de la rubéola y de prevención del síndrome de rubéola congénita y sigan mejorando la vigilancia epidemiológica de ambas, así como el diagnóstico de laboratorio y los procedimientos de investigación;
 - c) permanezcan atentos a la situación de la fiebre amarilla, usando sistemas de vigilancia sensibles, especialmente en zonas enzooticas y aquellas infestadas con *Aedes aegypti*, y a mantener altas coberturas de vacunación en zonas de alto riesgo para prevenir la ocurrencia de casos selváticos y la urbanización de la enfermedad;
 - d) fortalezcan a las autoridades nacionales regulatorias y los laboratorios nacionales de control para velar por que los programas nacionales de vacunación y el sector privado usen vacunas de buena calidad, ya sea importadas o de producción local y aprobadas por las autoridades competentes;
 - e) consideren que cualquier brote de viruela es una amenaza para la Región y el mundo, a que notifiquen con prontitud cualquier caso sospechoso que pueda ocurrir, y a que estén preparados para proporcionar la asistencia de urgencia necesaria, incluidas vacunas, con el fin de contener el brote con la mayor prontitud posible.
2. Solicitar al Director que:
 - a) abogue por la movilización activa de recursos nacionales e internacionales para alcanzar la meta de la interrupción de la transmisión autóctona del sarampión;

- b) aliente la colaboración entre los países americanos productores de vacunas, con el fin de apoyar el desarrollo conjunto de vacunas;
- c) explore, junto con el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y otros socios, mecanismos de financiación que complementen el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la OPS, con el fin de asegurar la provisión ininterrumpida de vacunas a los Estados Miembros.

(Séptima reunión, 27 de junio de 2002)

CE130.R8 Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)

LA 130.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo analizado el documento CE130/13, sobre la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI),

RESUELVE:

Recomendar a la Conferencia Sanitaria Panamericana la adopción de una resolución en los siguientes términos:

LA 26.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado el documento CSP26/11 y los resultados que se presentan en términos del avance logrado en la implementación de la estrategia "Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia" (AIEPI) en la Región de las Américas, y

Tomando en consideración el avance logrado en la iniciativa "Niños Sanos: la Meta de 2002", que ha contribuido a sostener y acelerar el ritmo de reducción de la mortalidad en la niñez, particularmente por las causas objeto de la estrategia AIEPI,

RESUELVE:

1. Aprobar el enfoque y la operacionalización contenidos en el documento CSP26/11 para la implementación de la estrategia AIEPI.
2. Destacar la importancia que tiene la expansión de la estrategia AIEPI, a través de la incorporación de nuevos componentes que permitan incrementar el poder de resolución del personal de salud del primer nivel.

3. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) continúen reforzando el apoyo a la estrategia AIEPI, su expansión y coordinación con otros programas y actores en salud a fin de sostener y acelerar el ritmo de descenso de la mortalidad en la niñez, y de avanzar hacia el acceso universal de la población al estándar básico de calidad de atención que brinda dicha estrategia;
 - b) aceleren la efectiva incorporación de la estrategia AIEPI en la docencia de pre y posgrado en disciplinas de la salud, y la utilización de la misma por parte de los graduados;
 - c) fortalezcan y promuevan mecanismos efectivos de recolección, consolidación y análisis de información que permitan el seguimiento y evaluación de las acciones de salud infantil y en la niñez;
 - d) fortalezcan el número y la diversidad de los recursos humanos de salud para tratar eficazmente a los niños enfermos y abordar las causas de las enfermedades.
4. Pedir al Director que continúe apoyando la implementación de la estrategia AIEPI, en términos de su expansión a otros países y de la cobertura en los países que ya la adoptaron.

(Séptima reunión, 27 de junio de 2002)

CE130.R9 Ampliación de la Protección Social en Materia de Salud: Iniciativa Conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo

LA 130.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Visto el documento CE130/14 sobre la ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo,

RESUELVE:

Recomendar la aprobación de una resolución redactada en los siguientes términos:

LA 26.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA:

Visto el documento CSP26/12 sobre la ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo;

Teniendo en cuenta que la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo han puesto en marcha una iniciativa conjunta destinada a la reducción de la exclusión en salud a través de la ampliación de la protección social en materia de salud;

Habiendo tomado nota de la firma del Memorando de entendimiento respectivo entre ambas organizaciones;

Habiendo tomado nota de las distintas actividades que se han desarrollado sobre la ampliación de la protección social en materia de salud en la Región amparadas en dichos arreglos;

Considerando que los niveles de exclusión en salud siguen siendo altos en el continente a pesar de los esfuerzos y recursos invertidos en el tema, que se agravan con el crecimiento de la economía informal y de los niveles de pobreza y que es necesario enfrentar este problema con criterios innovadores, y

Teniendo en cuenta la importancia de redoblar esfuerzos nacionales y continentales para garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud en el marco de la meta de Salud para Todos sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) amplíen la protección social en materia de salud;
 - b) fomenten procesos de diálogo social que permitan definir los objetivos y estrategias nacionales en este campo;
 - c) incluyan la ampliación de la protección social en materia de salud como un elemento guía en sus procesos de reforma sectoriales.
2. Solicitar a los Directores de la OSP y la OIT que:

- a) diseminen ampliamente en los países de la Región la documentación conceptual y metodológica relativa a la caracterización de la exclusión en salud y su combate a través de la ampliación de la protección social en materia de salud;
- b) promuevan junto con los Estados Miembros el diálogo social en torno a este tema, el análisis y debate sobre las formas de enfrentarlo en los países y los mecanismos de cooperación regional para apoyar estos procesos;
- c) apoyen a los países en el desarrollo de modelos destinados a la preparación de estrategias para la ampliación de la protección social en materia de salud;
- d) prosigan alentando una línea de trabajo sobre la ampliación de la protección social en materia de salud en sus acciones de cooperación en la Región.

(Séptima reunión, 27 de junio de 2002)

CE130.R10 Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Maternas

LA 130.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el documento CE130/16, "Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas",

RESUELVE:

Recomendar a la Conferencia Sanitaria Panamericana la adopción de una resolución redactada en los siguientes términos:

LA 26.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el documento CSP26/14, "Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas";

Consciente de la tasa innecesariamente elevada de mortalidad de las mujeres como resultado de las complicaciones del embarazo y el parto, y

Teniendo en cuenta que los resultados de la investigación y la experiencia práctica han demostrado que intervenciones concretas, como los Cuidados Obstétricos Esenciales (COE) y la asistencia del parto por personal calificado, pueden reducir la incidencia y la gravedad de las complicaciones importantes asociadas con el embarazo, el parto y el puerperio para las madres y los recién nacidos,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) hagan suya la meta de la Declaración de la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas consistente en disminuir la razón de mortalidad materna en 75% para el año 2015, por comparación con los niveles registrados en 1990, y que mejoren las razones dentro de los países, especialmente las disparidades entre las zonas urbanas y rurales;
 - b) respalden y apoyen las intervenciones basadas en pruebas científicas para reducir la mortalidad materna, como los Cuidados Obstétricos Esenciales y la asistencia del parto por personal calificado;
 - c) se adhieran a las normas expedidas conjuntamente en 1997 por la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, según las cuales por cada 500.000 habitantes deben haber cuatro establecimientos que ofrezcan atención obstétrica básica y uno que preste asistencia obstétrica integral;
 - d) respalden y apoyen intervenciones de promoción de la salud basadas en pruebas científicas para que las mujeres, las familias y las comunidades puedan hacer planes para afrontar las complicaciones obstétricas, identificar a tiempo los problemas y responder apropiadamente;
 - e) desarrollen asociaciones clave entre los gobiernos locales y nacionales, los servicios de salud, las asociaciones profesionales, las organizaciones de mujeres y otras organizaciones no gubernamentales, a fin de mejorar los esfuerzos para reducir la mortalidad materna, además de obtener la colaboración interinstitucional al promover y aplicar las estrategias de reducción de la mortalidad materna.
2. Pedir al Director que:
 - a) apoye el establecimiento y la ejecución de mecanismos para fortalecer los sistemas de información y vigilancia para seguir de cerca los adelantos logrados en la reducción de la mortalidad materna;
 - b) establezca mecanismos para ayudar a los Estados Miembros a que contraigan un compromiso a largo plazo, tanto político como programático, incluido el apoyo financiero dentro de los recursos disponibles, para aplicar intervenciones

actualizadas de maternidad sin riesgo y estrategias de reducción de la mortalidad materna.

(Séptima reunión, 27 de junio de 2002)

CE130.R11 Edificios de la OPS y sus Instalaciones

LA 130.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el documento CE130/25, en el que se informa sobre las medidas tomadas por la Secretaría con relación a un proyecto aprobado que se ha financiado por el Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles y se describe la necesidad de otro proyecto,

RESUELVE:

Aprobar el proyecto de reparación de las losas de hormigón en el garaje del edificio de la Sede por un monto estimado a US\$ 220.000.

(Séptima reunión, 27 de junio de 2002)

CE130.R12 Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

LA 130.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 1 al documento CE130/26;

Teniendo en cuenta las decisiones de la 55.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, del artículo 3.1 del Estatuto del Personal de la OSP, y de 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, en conformidad con el artículo 020 del Reglamento del Personal, las modificaciones al artículo 330.2 del Reglamento del Personal hechas por el Director, con efecto a partir del 1 de marzo de 2002, respecto de la escala de sueldos aplicable al personal de la categoría profesional y superior.
2. Establecer, con efecto a partir del 1 de marzo de 2002:
 - a) el sueldo anual neto del Director Adjunto en US\$ 108.379, con familiares a cargo, y en \$98.141, sin familiares a cargo;
 - b) el sueldo anual neto del Subdirector en \$107.379, con familiares a cargo, y en \$97.141, sin familiares a cargo.
3. Confirmar, en conformidad con el artículo 020 del Reglamento del Personal, las siguientes modificaciones del Reglamento del Personal hechas por el Director:
 - a) al artículo 110.7 del Reglamento del Personal, relativo a las normas de conducta, con efecto a partir del 1 de junio de 2001;
 - b) a los artículos 350.1 y 350.2.2 del Reglamento del Personal, relativos al derecho al subsidio de educación, con efecto para el presente curso escolar a partir del 1 de enero de 2001;
 - c) al artículo 530 del Reglamento del Personal, relativo al sistema de planificación y evaluación del desempeño, con efecto a partir del 1 de enero de 2002;
 - d) a los artículos del Reglamento del Personal relativos a la reforma de la contratación, con efecto a partir del 1 de julio de 2002.
4. Recomendar a la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana:
 - a) que tome nota de las modificaciones al Reglamento del Personal hechas por el Director y confirmadas por el Comité Ejecutivo en su 130.^a sesión, relativas, entre otras cosas, a las normas de conducta, el derecho al subsidio de educación, la gestión del rendimiento y la reforma de la contratación;
 - b) que establezca el sueldo anual neto del Director en \$118.165, con familiares a cargo, y en \$106.342, sin familiares a cargo, con efecto a partir del 1 de marzo de 2002;

- c) que apruebe la modificación del artículo 4.5 del Estatuto del Personal para tener en cuenta la aplicación de nuevos mecanismos de contratación, con efecto a partir del 1 de julio de 2002.

(Séptima reunión, 27 de junio de 2002)

CE130.R13 Respuesta de Salud Pública a las Enfermedades Crónicas

LA 130.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el informe del Director sobre la respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas (documento CE130/17),

RESUELVE:

Recomendar a la Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución redactada en los siguientes términos:

LA 26.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado el informe del Director sobre la respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas (documento CSP26/15);

Recordando la resolución CD42.R9 sobre las enfermedades cardiovasculares, con especial atención a la hipertensión arterial, que respalda un enfoque integrado a la prevención de las enfermedades cardiovasculares mediante la iniciativa de acciones para la reducción multifactorial de las enfermedades no transmisibles (CARMEN), y observando que CARMEN representa una vía para integrar factores de riesgo y enfermedades;

Observando que las enfermedades crónicas no transmisibles representan el 70% de las defunciones en la Región de las Américas, y que más de la mitad de la mortalidad prematura en menores de 70 años se atribuye a las enfermedades crónicas no transmisibles, y

Alarmada por el mayor costo que las enfermedades no transmisibles representan para la sociedad como consecuencia de los rápidos cambios demográficos y epidemiológicos,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) se esfuercen por documentar la carga que representan las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo;
 - b) respalden la iniciativa de CARMEN como una de las estrategias principales para la prevención integrada de las enfermedades crónicas;
 - c) incorporen modelos de asistencia para las afecciones crónicas, a fin de mejorar la calidad de la atención y aumentar la capacidad de la atención primaria para responder a las necesidades de la población.
2. Solicitar al Director que:
 - a) facilite cooperación técnica con los Estados Miembros para que estos elaboren un enfoque integrado de las enfermedades no transmisibles basado en la iniciativa CARMEN;
 - b) apoye a los Estados Miembros para que establezcan y mejoren la vigilancia de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo;
 - c) apoye y estimule la investigación operativa sobre la aplicación eficaz de programas para prevenir las enfermedades no transmisibles y reducir sus repercusiones;
 - d) procure la coordinación con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, instituciones nacionales y organizaciones no gubernamentales para apoyar la prevención y el control de las enfermedades crónicas.

(Séptima reunión, 27 de junio de 2002)

CE130.R14 *La Mujer, la Salud y el Desarrollo*

LA 130.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe del Director sobre la mujer, la salud y el desarrollo (documento CE130/18),

RESUELVE:

Recomendar a la Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución redactada en los siguientes términos:

LA 26.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe del Director sobre la mujer, la salud y el desarrollo (documento CSP26/16);

Teniendo en cuenta las carencias de que adolecen los sistemas de información y vigilancia actuales para documentar la situación sanitaria y las tendencias de la salud de la mujer y las inequidades por razón de género existentes en este ámbito;

Consciente de que, para formular políticas encaminadas a reducir las inequidades por razón de género, se necesita información, y

Teniendo presente las iniciativas en curso de otros organismos del sistema de las Naciones Unidas,

RESUELVE:

- 1 Instar a los Estados Miembros a que :
 - a) asignen una alta prioridad al establecimiento y financiamiento de sistemas de información sobre las diferencias de salud y desarrollo determinadas por el género, así como a la recopilación, elaboración y presentación de información sanitaria desglosada por sexo;
 - b) promuevan la participación de los usuarios y los productores, tanto del gobierno como de la sociedad civil, en las cuestiones de género y salud.
2. Solicitar al Director que:
 - a) estimule y apoye la producción, difusión y análisis de datos sanitarios desglosados por sexo;
 - b) apoye la producción periódica de boletines estadísticos y perfiles sanitarios acerca de género, salud y desarrollo;
 - c) estimule y respalde la cooperación técnica entre países para el desarrollo, análisis y uso de la información sobre género y salud;

- d) prosiga los esfuerzos por integrar la perspectiva de género en el trabajo de la Organización, particularmente en el proceso de planificación estratégica y su seguimiento.

(Séptima reunión, 27 de junio de 2002)

CE130.R15 Evaluación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS)

LA 130.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el documento CE130/19, Evaluación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS),

RESUELVE:

Recomendar a la Conferencia Sanitaria Panamericana la adopción de una resolución redactada en los siguientes términos:

LA 26.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el documento CSP26/17, Evaluación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS);

Enterada del informe interno de evaluación presentado en forma completa por el equipo de evaluación al Director (informe técnico OPS/DAP/02.5.44);

Teniendo presente la resolución CSP20.R31 de la 20.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, que solicita al Director que lleve a cabo la evaluación regular de cada centro panamericano;

Observando con satisfacción que este proceso ha entrado en una etapa nueva y ampliada a partir de la evaluación del CEPIS;

Consciente de las recomendaciones que el equipo interno de evaluación ha presentado al Director;

Recordando los debates sobre el tema de los centros panamericanos mantenidos en las sesiones recientes del Subcomité de Planificación y Programación y del Comité Ejecutivo, y

Observando la necesidad de fortalecer la evaluación de programas en toda la Oficina,

RESUELVE:

1. Felicitar al Director por haber llevado a cabo esta evaluación integral y por haber revitalizado el proceso de evaluación en general, y el de los centros panamericanos solicitado por la Conferencia en 1978.
2. Pedir al Director que:
 - a) ponga en práctica las recomendaciones pertinentes del equipo de evaluación para asegurar la evolución de un CEPIS fortalecido, capaz de atender mejor las necesidades actuales y futuras de los Estados Miembros en el campo de la salud y el ambiente;
 - b) realice la evaluación integral periódica de un centro panamericano al año;
 - c) fortalezca la capacidad de la Oficina en materia de evaluación de programas;
 - d) estimule el desarrollo de redes de cooperación entre el CEPIS, centros colaboradores, y otras instituciones relacionadas con salud y ambiente en los países;
 - e) presente una respuesta escrita de gestión a las recomendaciones de la evaluación del CEPIS y de otros centros cuando sean evaluados.

(Séptima reunión, 27 de junio de 2002)

CE130.R16 Informe del Jurado del Premio Ops en Administracion, 2002

130.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2002 (documento CE130/6, Add. I), y

Teniendo presente 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), 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, 2002, al Dr. Hugo Mendoza, de la República Dominicana, por su productiva contribución al mejoramiento de la situación de la salud maternoinfantil en su país, mediante la introducción del enfoque de salud pública en la docencia y atención pediátrica y por sus esfuerzos pioneros para el desarrollo de la investigación en salud.
2. Transmitir el informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2002 (documento CE130/6, Add. I), a la consideración de la 26.ª Conferencia Sanitaria Panamericana.

(Séptima reunión, 27 de junio de 2002)

CE130.R17 Organizaciones No Gubernamentales en Relaciones Oficiales con la OPS

130.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Habiendo estudiado el informe del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales (documento CE130/7, Add. I), y

Teniendo presentes las disposiciones contenidas en el documento *Principios que rigen las relaciones entre la Organización Panamericana de la Salud y las organizaciones no gubernamentales* (1995, revisado en 2000),

RESUELVE:

1. Autorizar el establecimiento de relaciones oficiales de la Organización Panamericana de la Salud con la Fundación Interamericana del Corazón (FIAC).
2. Renovar por un período de cuatro años las relaciones oficiales entre la OPS y la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica (COLABIOCLI) y la Alianza Nacional para la Salud de los Hispanos.
3. Continuar las relaciones oficiales entre la OPS y la Unión Latinoamericana contra las Enfermedades de Transmisión Sexual (ULACETS) y la Organización Internacional de Asociaciones de Consumidores (CI-ROLAC) por un período de un año, con la condición de que en la Reunión del Comité permanente de 2003 se analice nuevamente el estado de sus actividades y su desempeño, de conformidad con un plan de trabajo colaborativo acordado.

4. Solicitar al Director que:
 - a) informe a las ONG respectivas de las decisiones adoptadas por el Comité Ejecutivo;
 - b) siga desarrollando relaciones de trabajo dinámicas con las ONG interamericanas de interés para la Organización en las esferas afines a las prioridades programáticas que los Cuerpos Directivos han adoptado para la OPS;
 - c) siga fomentando las relaciones entre los Estados Miembros y las ONG que trabajen en el campo de la salud.

(Séptima reunión, 27 de junio de 2002)

CE130.R18 Orden del Día Provisional de la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54.^a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

LA 130.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el orden del día provisional (documento CSP26/1) preparado por el Director para la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, que se presenta como anexo del documento CE130/4, Rev. 2, y

Teniendo en cuenta las disposiciones del artículo 7.F de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud y el artículo 8 del Reglamento Interno de la Conferencia,

RESUELVE:

Aprobar el orden del día provisional (documento CSP26/1) preparado por el Director para la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

(Octava reunión, 27 de junio de 2002)

CE130.R19 La Salud y el Envejecimiento

LA 130.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el documento CE130/15, La salud y el envejecimiento,

RESUELVE:

Recomendar a la Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución redactada en los siguientes términos:

LA 26.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta la importancia del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, aprobado en Madrid, para abordar los problemas de salud de la población mayor de las Américas;

Reconociendo el cambio de paradigma hacia el envejecimiento sano y en actividad y los esfuerzos que se han hecho para reducir los estereotipos negativos y los malentendidos acerca del envejecimiento desde la 25.^a Conferencia Sanitaria Panamericana y la adopción, por parte de esta, de la resolución CSP25.R6;

Entendiendo las implicaciones inmensas del envejecimiento de la población para muchas de las prioridades de salud de las Américas, y

Considerando la necesidad de promover, en colaboración con otros asociados, un sistema integral de apoyo para el envejecimiento sano y activo,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) aprovechen el impulso creado por la segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, adopten políticas y planes nacionales para la ejecución del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y presten apoyo adecuado para la ejecución de las áreas prioritarias;
 - b) aboguen por la promoción y protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas adultas mayores;
 - c) adopten las prioridades de promoción de la salud apropiadas para las personas adultas mayores y fijen metas con enfoque de género y estrategias de vigilancia

en las áreas de salud nutricional, actividad física, lesiones no intencionales, incluida la prevención de las caídas, y la salud mental;

- d) se comprometan a incrementar el acceso a la atención de salud de manera apropiada, así como el acceso a los medicamentos esenciales, a los adultos mayores, especialmente los que carecen de recursos;
- e) promuevan iniciativas para el desarrollo de opciones de atención comunitaria a largo plazo (incluida las viviendas con apoyo y las residencias asistidas) y reglamenten la prestación de la asistencia a las poblaciones vulnerables;
- f) estimulen la investigación para la vigilancia y evaluación de la eficacia de los programas;
- g) elaboren un plan para el adiestramiento de los trabajadores de atención primaria y otros profesionales de la salud en los fundamentos de la promoción de la salud dirigida a las personas adultas mayores y la medicina geriátrica.

2. Solicitar al Director que:

- a) apoye la aplicación regional del Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento, en coordinación con otros socios colaboradores;
- b) ayude a los Estados Miembros a fijar metas e indicadores de envejecimiento sano;
- c) aliente a los Estados Miembros a elaborar estrategias comunitarias coordinadas para apoyar el envejecimiento activo y para difundir la información sobre estas experiencias;
- d) ayude a los Estados Miembros a trabajar en favor del desarrollo de entornos propicios y favorables para los adultos mayores, incluyendo establecimientos reglamentados de atención a largo plazo.

(Octava reunión, 27 de junio de 2002)

CE130.R20 *Reunión de los Ministros de Salud y el Medio Ambiente de las Américas (MSMAA)*

LA 130.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo analizado el documento CE130/20, Reunión de los Ministros de Salud y el Medio Ambiente de las Américas (MSMAA),

RESUELVE:

Recomendar a la Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución redactada en los siguientes términos:

LA 26.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Recordando la resolución CD43.R15, por la cual se instruyó a la Oficina Sanitaria Panamericana para que colaborara con el Gobierno de Canadá y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) a objeto de convocar la Reunión de los Ministros de Salud y el Medio Ambiente de las Américas (MSMAA);

Habiendo considerado el informe de la MSMAA, que tuvo lugar en Ottawa el 4 y 5 de marzo de 2002, y

Reconociendo el vínculo entre la salud y el ambiente; notando el impacto en la salud de factores ambientales como el agua y el saneamiento, la contaminación del aire en interiores y exteriores, y la exposición a sustancias químicas agroindustriales y residuos; y particularmente conscientes de la relación entre condiciones ambientales y enfermedades como la diarrea y las infecciones respiratorias,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) trabajen en conformidad con las líneas señaladas en el Comunicado Ministerial en las tres áreas definidas: establecimiento de direcciones futuras para la salud y el ambiente en las Américas; los temas de preocupación común y las metas compartidas; y la formación de capacidad e intercambio para responder a las amenazas;
 - b) desarrollen alianzas estratégicas a los niveles nacional y local entre los sectores ambiental y de la salud, involucrando a los actores pertinentes del sector público, el sector privado y la sociedad civil;

- c) participen y respalden el trabajo del Grupo de Tarea definido en el Comunicado Ministerial, que actualmente está convocando el Gobierno de Canadá con la colaboración de la OPS y el PNUMA.
- 2. Solicitar al Director que:
 - a) colabore con el Gobierno de Canadá y el PNUMA en el Grupo de Tarea que hará propuestas para el seguimiento de las conclusiones de la MSMAA como se indica en el Comunicado Ministerial;
 - b) integre las propuestas del Grupo de Tarea y el trabajo que se está realizando en 2002-2003 en la cooperación técnica en curso de la OPS, haciendo hincapié en la colaboración con los países en materia de fortalecimiento de capacidades y el trabajo en higiene, agua y saneamiento, contaminación del aire y seguridad química.
- 3. Reconocer y elogiar la función de liderazgo del Gobierno de Canadá al promover la colaboración activa entre los sectores ambiental y de la salud en la construcción del desarrollo humano sostenible.

(Octava reunión, 27 de junio de 2002)

Decisiones

CE130(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 CE130/1, Rev. 1).

(Primera reunión, 24 de junio de 2002)

CE130(D2) Representación del Comité Ejecutivo en la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

De conformidad con el Artículo 54 de su Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo decidió designar al titular de la Presidencia (Guyana) y de la Vicepresidencia (Uruguay) para representarlo en la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Como suplentes de los representantes, el Comité designó a los delegados de Canadá y Bolivia, respectivamente.

(Primera reunión, 24 de junio de 2002)

CE130(D3) Informe del Subcomité de Planificación y Programación

El Comité Ejecutivo tomó nota del informe sobre la 36.^a sesión del Subcomité de Planificación y Programación (documento CE130/5), dio las gracias al presidente por su informe y expresó su gratitud al Subcomité por su trabajo.

(Primera reunión, 24 de junio de 2002)

CE130(D4) Evaluación de las orientaciones estratégicas y programáticas, 1999-2002

El Comité Ejecutivo tomó nota del informe sobre la evaluación de las orientaciones estratégicas y programáticas, 1999-2002 (documentos CE130/11 y CE130/INF/1), y alentó a la Oficina a que aplicara las enseñanzas extraídas de ese ejercicio al poner en práctica y evaluar el plan estratégico para el período 2003-2007.

(Primera reunión, 24 de junio de 2002)

CE130(D5) Fondo de trabajo

El Comité Ejecutivo decidió aplazar cualquier acción con respecto al nivel del fondo de trabajo y abordar el asunto nuevamente en su 132.^a sesión, en junio de 2003.

(Segunda reunión, 24 de junio de 2002)

CE130(D6) Centenario de la Organización Panamericana de la Salud

El Comité Ejecutivo tomó nota del informe preparado por la Oficina sobre la celebración del centenario de la Organización (documento CE130/21) y expresó su satisfacción con las actividades planificadas y en curso.

(Sexta reunión, 26 de junio de 2002)

CE130(D7) Intervención de la representante de la Asociación de Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

El Comité Ejecutivo tomó nota de la intervención de la representante de la Asociación de Personal (documento CE130/27) y expresó su apoyo al personal de la

Oficina y su satisfacción por las cordiales relaciones de trabajo existentes entre el personal y la administración.

(Séptima reunión, 27 de junio de 2002)

CE130(D8) Resoluciones y otras acciones de la 55.^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 55.^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS (documento CE130/28).

(Séptima reunión, 27 de junio de 2002)

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

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

Leslie Ramsammy
Delegado de Guyana
Presidencia de la 130.^a sesión
del Comité Ejecutivo

George A. O. Alleyne
Secretario ex officio de la 130.^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 la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
- 2.3 Orden del día provisional de la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

3. ASUNTOS RELATIVOS A LOS COMITÉS

- 3.1 Informe sobre la 36.a sesión del Subcomité de Planificación y Programación
- 3.2 Premio OPS en Administración, 2002
- 3.3 Organizaciones no gubernamentales en relaciones oficiales con la OPS

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 financiero 2004-2005
- 4.2 Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas
- 4.3 Vacunas e inmunización
- 4.4 Evaluación de las orientaciones estratégicas y programáticas para 1999-2002
- 4.5 Plan estratégico para la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007
- 4.6 Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia(AIEPI)

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

- 4.7 Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo
- 4.8 La salud y el envejecimiento
- 4.9 Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas
- 4.10 Respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas
- 4.11 La mujer, la salud y el desarrollo
- 4.12 Evaluación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS)
- 4.13 Informe de la Reunión de los Ministros de Salud y el Medio Ambiente de las Américas (MSMAA)
- 4.14 Centenario de la Organización Panamericana de la Salud

5. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS

- 5.1 Informe sobre la recaudación de las cuotas
- 5.2 Reglamento financiero de la OPS
- 5.3 Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo correspondientes a 2000-2001
 - a) Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo correspondientes a 2000-2001
 - b) Fondo de trabajo
- 5.4 Edificios de la OPS y sus instalaciones

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 RELATIVOS AL PERSONAL

7.1 Resoluciones y otras acciones de la 55.a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS

8. OTROS ASUNTOS

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos Oficiales

Doc. Of. 305 Informe financiero del Director e informe del
Auditor Externo correspondientes a 2000-2001

Documentos de trabajo

CE130/1, Rev. 2 y Adopción del orden del día y del programa de reuniones
CE130/WP/1, Rev. 1

CE130/3 Representación del Comité Ejecutivo en la 26.^a
Conferencia Sanitaria Panamericana, 54.^a sesión del
Comité Regional de la OMS para las Américas

CE130/4, Rev. 1 Orden del día provisional de la 26.^a Conferencia Sanitaria
Panamericana, 54.^a sesión del Comité Regional de la OMS
para las Américas

CE130/5 Informe sobre la 36.^a sesión del Subcomité de
Planificación y Programación

CE130/6 Premio OPS en Administración, 2002

CE130/7 Organizaciones no gubernamentales en relaciones
oficiales con la OPS

CE130/8 Anteproyecto de presupuesto por programas de la
Organización Mundial de la Salud para la Región de
las Américas para el ejercicio financiero 2004-2005

CE130/9 Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
y Add. I en las Américas

CE130/10 Vacunas e inmunización

CE130/11 Evaluación de las orientaciones estratégicas y
y CE130/INF/1 programáticas para 1999-2002

Documentos de trabajo (cont.)

CE130/12	Plan estratégico para la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007
CE130/13	Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI)
CE130/14	Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo
CE130/15	La salud y el envejecimiento
CE130/16	Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas
CE130/17	Respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas
CE130/18	La mujer, la salud y el desarrollo
CE130/19	Evaluación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS)
CE130/20	Informe de la Reunión de los Ministros de Salud y el Medio Ambiente de las Américas (MSMAA)
CE130/21	Centenario de la Organización Panamericana de la Salud
CE130/22 y Add. I	Informe sobre la recaudación de las cuotas
CE130/23, Rev. 1	Reglamento financiero de la OPS
CE130/24	Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo correspondientes a 2000-2001
CE130/25, Rev. 1	Edificios de la OPS y sus instalaciones
CE130/26	Modificaciones del Reglamento del Personal de la OSP

Documentos de trabajo (cont.)

CE130/27	Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OSP
CE130/28	Resoluciones y otras acciones de la 55. ^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS

Documentos de información

CE130/INF/1	Evaluación de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas
CE130/INF/2	Evaluación final del Presupuesto por Programas 2000-2001
CE130/INF/3	Estadísticas del personal de la OSP/OMS

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members of the Subcommittee
Miembros del Subcomité**

***Canada
Canadá***

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

Ms. Jodi Lynn Brown
Senior Policy Analyst
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Chile

Dra. Raquel Child
Jefa de la Oficina de Cooperación
y Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

Cuba

Dr. Antonio D. González Fernández
Director de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Sra. Marisabel de Miguel
Segunda Secretaria
Sección de Intereses de Cuba
Washington, D.C.

Members of the Subcommittee (cont.)
Miembros del Subcomité (cont.)

El Salvador

Dr. José Francisco López Beltrán
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
San Salvador

Guyana

Dr. Rudolph O. Cummings
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Labour
Georgetown

Honduras

Dr. Humberto Cosenza Jiménez
Secretario Ejecutivo de Cooperación Técnica
Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
Tegucigalpa

United States of America
Estados Unidos de América

Mr. William Steiger
Special Assistant to the Secretary for International Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Members of the Subcommittee (cont.)
Miembros del Subcomité (cont.)

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

Mr. Richard S. Walling
Director, Office for the Americas and Middle East
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

Ms. Mary Lou Valdez
Associate Director for Multilateral Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Carol J. Dabbs
Population, Health, and Nutrition Team Leader
Office for Regional Sustainable Development
Bureau For Latin America and the Caribbean
U.S. Agency for International Development
Washington, D.C.

Mr. Thomas Cooney
Foreign Affairs Officer
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Uruguay

Sr. Jorge Seré Sturzenegger
Ministro Consejero, Representante Alterno
Misión Permanente del Uruguay ante la
Organización de Estados Americanos
Washington D.C.

**Other Member States
Otros Estados Miembros**

***Brazil
Brasil***

Mr. Paulo Roberto Amora Alvarenga
Representante Alterno
Misión Permanente de Brasil ante la
Organización de Estados Americanos
Washington D.C.

Costa Rica

Mr. Luis Guardia Mora
Representante Alterno
Misión Permanente de Costa Rica ante la
Organización de Estados Americanos
Washington D.C.

***Ecuador
Ecuador***

Sr. Luis Valencia
Consejero, Representante Alterno
Misión Permanente de Ecuador ante la
Organización de Estados Americanos
Washington D.C.

Jamaica

Dr. Deanna Ashley
Director of Health Promotion and Protection
Ministry of Health
Kingston

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

Mexico
México

Dr. Jaime Sepúlveda Amor
Director General del Instituto Nacional de Salud Pública
Secretaría de Salud
México, D.F.

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

Lic. Hilda Dávila Chávez
Directora de Asuntos Bilaterales y Regionales Americanos
Secretaría de Salud
México, D.F.

Sr. Manuel Herrera
Representante Alterno
Misión Permanente de México ante la
Organización de Estados Americanos
Washington D.C.

United nations Specialized Agencies
Agencias Especializadas de las Naciones Unidas

International Labour Organization
Organización Internacional de Trabajo

Mr. Emmanuel Reynaud
Chief of the Social Security Policy And Development Branch
Geneva, Switzerland

Mr. Pedro Crocco
Director for Latin America and the Caribbean of the STEP Program
Santiago, Chile

**Pan American Health Organization
Organización Panamericana de la Salud**

***Secretary ex officio of the Subcommittee
Secretario ex officio del Subcomité***

Dr. George A. O. Alleyne
Director

***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. María Teresa Cerqueira
Director, Division of Health Promotion and Protection
Directora, División de Promoción y Protección de la Salud

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

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

Pan American Health Organization (*cont.*)
Organización Panamericana de la Salud (*cont.*)

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

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

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

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

Mr. Mark Mathews
Chief, Department of Budget and Finance
Jefe, Departamento de Presupuesto y Finanzas

Mr. Philip MacMillan
Chief of Department of Personnel
Jefe, Departamento de Personal

Dr. Karen Sealey (Technical Secretary/Secretaria Técnica)
Chief, Office of Analysis and Strategic Planning
Jefa, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica

Pan American Health Organization (cont.)
Organización Panamericana de la Salud (cont.)

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

Dr. Richard P. Marks

Legal Counsel
Asesora Jurídica

Dr. Heidi V. Jiménez

Chief, Conference and Secretarial Services
Jefa, Servicios de Conferencias y Secretaria

Ms. Rosa Irene Otero



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



26.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA
54.^a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 23-27 de septiembre de 2002

CSP26/FR (Esp.)
27 septiembre 2002
ORIGINAL: INGLÉS

INFORME FINAL

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Participantes	5
Apertura de la Conferencia	5
Mesa Directiva	6
Comisión de Credenciales	6
Comisión General	6
Grupos de trabajo	7
Otros asuntos	7
Reuniones	9
Resoluciones y decisiones	9
Resoluciones	
CSP26.R1 Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la región de las Américas para el ejercicio económico 2004-2005	9
CSP26.R2 Recaudación de las cuotas	9
CSP26.R3 Reglamento financiero de la OPS	11
CSP26.R4 Modificación del Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana	11
CSP25.R5 Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana	12
CSP26.R6 Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas	12
CSP26.R7 Director Emérito de la Oficina Sanitaria Panamericana	13
CSP26.R8 Elección de Tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el Mandato de Bolivia, Canadá y Guyana	14
CSP26.R9 Vacunas e Inmunización	14

CONTENIDO (cont.)***Página******Resoluciones (cont.)***

CSP26.R10	Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI)	17
CSP25.R11	Evaluación de las orientaciones estratégicas y programáticas para 1999 – 2002	18
CSP25.R12	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en las Américas	19
CSP26.R13	Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas	21
CSP26.R14	Creación del fondo de contribución voluntaria para la reducción de la mortalidad materna en las Américas	23
CSP26.R15	Respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas	24
CSP26.R16	Evaluación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS)	26
CSP26.R17	Reunión de los Ministros de Salud y el Medio Ambiente de las Américas (MSMAA)	27
CSP26.R18	Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2003-2007 ..	29
CSP26.R19	Ampliación de la protección social en materia de salud: Iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional Del Trabajo	30
CSP26.R20	La salud y el envejecimiento	32
CSP26.R21	La mujer, la salud y el desarrollo	33

Decisiones

CSP26(D1)	Comisión de Credenciales	35
CSP26(D2)	Mesa Directiva	35
CSP26(D3)	Grupo de trabajo para estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS	35
CSP26(D4)	Comisión General	36
CSP26(D5)	Orden del día	36
CSP26(D6)	Informe financiero del Director e Informe del Auditor Externo para 2000-2001	36

CONTENIDO (cont.)

Página

Decisiones (cont.)

CSP26(D7)	Informes de la Oficina Sanitaria Panamericana: <u>Nuevos rumbos para la salud en las Américas, Informe Cuadrienal del Director; La salud en las Américas; La salud pública en las Américas</u>	36
CSP26(D8)	Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo.....	36
CSP26(D9)	Selección de un Estado Miembro facultado para designar un representante ante el Consejo de Coordinación Internacional del Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ)	37

Anexos

Anexo A.	Orden del día
Anexo B.	Lista de documentos
Anexo C.	Lista de participantes

INFORME FINAL¹

La 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana de la Organización Panamericana de la Salud, 54.^a sesión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, se celebró en el edificio de la Sede, en Washington, D.C., del 23 al 27 de septiembre de 2002, de conformidad con la convocatoria del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Participantes

Estuvieron representados los siguientes Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Francia, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, Reino de los Países Bajos, Reino Unido, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela. El Gobierno de España estuvo representado como Estado Observador. El Gobierno de Egipto estuvo representado como Estado Observador en el Comité Regional. El Comité Ejecutivo estuvo representado por su Presidente, el Dr. Leslie Ramsammy (Guyana), y por su Vicepresidente, la Dra. Beatriz Rivas (Uruguay).

La Conferencia contó con la asistencia de la Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora General de la Organización Mundial de la Salud. También estuvieron representados los siguientes organismos intergubernamentales: Comunidad del Caribe, Convenio Hipólito Unanue, Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano de Cooperación y Desarrollo, Organización de los Estados Americanos, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Banco Mundial. También estuvieron presentes observadores de 26 organizaciones no gubernamentales.

Apertura de la Conferencia

La Conferencia fue inaugurada por el Delegado de Argentina, Dr. Ginés González García. Los oradores en la ceremonia inaugural fueron sir George Alleyne, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana; el Dr. Tommy Thompson, Secretario de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos de América; y la Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora General de la Organización Mundial de la Salud.

¹ Este informe final tiene forzosamente un carácter sinóptico y, por tanto, debe ser leído junto con las actas resumidas de la sesión, donde los temas se exponen con más detalle.

Mesa Directiva

De conformidad con el Artículo 21 del Reglamento Interno, el jefe de la delegación de Argentina, Estado Miembro que ocupó la Presidencia de la 25.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, dirigió los debates hasta las elecciones para la Mesa Directiva de la 26.^a Conferencia. La Mesa Directiva quedó constituida de la siguiente manera:

<i>Presidencia:</i>	Dr. Patricio Jamriska	Ecuador
<i>Vicepresidencias:</i>	Senador Samuel Aymer Dr. Fernando Gracia García	Antigua y Barbuda Panamá
<i>Relatoría:</i>	Dra. Beatriz Rivas	Uruguay
<i>Secretario ex officio:</i>	Sir George Alleyne	Director, Oficina Sanitaria Panamericana

Durante la cuarta reunión el Dr. Fernando Gracia García, de Panamá, y ulteriormente, de la sexta a la novena reunión, el Senador Samuel Aymer, de Antigua y Barbuda, sustituyeron al Dr. Patricio Jamriska como Presidente de la Conferencia.

Comisión de Credenciales

De conformidad con el Artículo 32 del Reglamento Interno, se procedió a nombrar la Comisión de Credenciales, que quedó integrada de la siguiente manera:

<i>Presidente:</i>	Dr. Leslie Ramsammy	Guyana
<i>Vocal:</i>	Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal	Costa Rica
<i>Vocal:</i>	Dr. Fernando Carbone Campoverde	Perú

La Comisión de Credenciales celebró dos reuniones y presentó los informes respectivos en la primera y quinta reuniones.

Comisión General

Con la elección de delegados de Cuba, Estados Unidos de América y México, de conformidad con el Artículo 33 del Reglamento Interno, la Comisión General quedó constituida del siguiente modo:

<i>Presidente:</i>	Dr. Patricio Jamriska	Argentina
<i>Vicepresidentes:</i>	Senador Samuel Aymer Dr. Fernando Gracia García	Antigua y Barbuda Panamá
<i>Relatora:</i>	Dra. Beatriz Rivas	Uruguay
<i>Vocal:</i>	Dr. Damodar Peña Pentón	Cuba
<i>Vocal:</i>	Sra. Ann S. Blackwood	Estados Unidos de América
<i>Vocal:</i>	Dr. Julio Frenk Mora	México

La Comisión General se reunió dos veces y presentó sus informes respectivos en la segunda y sexta reuniones de la Conferencia.

Grupos de trabajo

En la primera reunión se constituyó un grupo de trabajo, integrado por los delegados de Bahamas, Canadá y Chile, que se encargó de estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS a los Estados con atrasos de más de dos años en el pago de las cuotas. El grupo de trabajo se reunió una vez y presentó su informe en la tercera reunión de la Conferencia; en esa misma reunión se aprobó la resolución CSP26.R2.

Otros asuntos

Además de los temas reflejados en las decisiones mencionadas y en las resoluciones que se reproducen íntegramente en el presente informe, se consideraron los asuntos indicados a continuación.

Una parte muy visible de la Conferencia fue la celebración del centenario de la Organización Panamericana de la Salud, que se plasmó en muchos estandartes colgantes, una exposición de fotografía, una tabla cronológica de los sucesos clave en la historia de la OPS en la salud pública internacional, de 1902 a 2002, y una exposición de las actividades que los países están realizando para honrar los 100 años de la OPS. Además, asistieron dos de los anteriores directores de la Organización, el Dr. Héctor R. Acuña y el Dr. Carlyle Guerra de Macedo.

Durante un almuerzo de trabajo previo a la cuarta sesión, la Dra. Julie L. Gerberding, directora de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, de los EUA, presentó un informe sobre la situación del *Virus del Nilo Occidental* en los Estados Unidos.

En la quinta reunión, en nombre del Gobierno de Bolivia y del Programa Ampliado de Inmunización, el Delegado de Bolivia presentó al Dr. Ciro de Quadros una distinción por los grandes esfuerzos que desplegó, durante su vida profesional, por controlar las enfermedades prevenibles mediante vacunación en la Región y en el resto del mundo. El Delegado de Bolivia también declaró que su país había concedido al Dr. de Quadros la condecoración de la Orden de la Salud Pública en el grado de Gran Oficial.

En la sexta reunión se hizo entrega de los siguientes premios:

- Premio OPS en Administración, 2002, al Dr. Hugo Mendoza, de la República Dominicana.
- Premio Abraham Horwitz en Salud Interamericana, 2002, al Profesor Leonard Duhl, de los Estados Unidos de América.
- Premio Manuel Velasco Suárez en Bioética a la Dra. Deborah Diniz, de Brasil.

En la séptima reunión, el Dr. Alleyne, en nombre de la Conferencia, dio el pésame a la familia y al país de Brasil por el reciente fallecimiento del Dr. João Yunes, que había sido Representante de la OPS/OMS en Cuba y Director de la División de la Promoción de la Salud. El Dr. Yunes también había presidido frecuentemente la delegación de Brasil en las sesiones de la OPS y había sido representante ante el Consejo Ejecutivo de la OMS.

En la novena sesión, la Conferencia escuchó una ponencia y debatió el informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud. La reunión fue excepcional, al celebrarse el centenario de la OPS y los 40 años de trabajo ininterrumpido del Comité. Además, en esta misma sesión, la Conferencia examinó las resoluciones y otras acciones de la 55.^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para la Región de las Américas.

Al final de la novena sesión, después que el Dr. Alleyne hubiera formulado sus observaciones de clausura y se hubiera despedido emotivamente de la asamblea, los delegados subieron uno por uno al podio para manifestarle su aprecio.

Reuniones

La Conferencia celebró nueve reuniones.

Resoluciones y decisiones***Resoluciones***

CSP26.R1 Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la región de las Américas para el ejercicio económico 2004-2005

LA 26.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado el documento CSP26/6 y la solicitud tentativa a la Organización Mundial de la Salud de un monto de US\$ 72.491.000, sin aumento de costos, para la Región de las Américas para el ejercicio económico 2004-2005, 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 \$72.491.000, sin aumento de costos, para la Región de las Américas para el ejercicio económico 2004-2005, a objeto de que sea sometida a la consideración del Consejo Ejecutivo de la OMS y de la Asamblea Mundial de la Salud en 2003.

(Segunda reunión, 23 de septiembre de 2002)

CSP26.R2 Recaudación de las cuotas

LA 26.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado el informe del Director sobre la recaudación de las cuotas (documento CSP26/18 y Add. I), y teniendo presente la inquietud expresada por la 130.^a sesión del Comité Ejecutivo en lo que se refiere al estado de dicha recaudación, y

Observando que, a causa de circunstancias económicas ajenas a su voluntad, Argentina no ha cumplido con el pago de sus cuotas,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe del Director relativo a la recaudación de las cuotas (documento CSP26/18 y Add. I).
2. Expresar su agradecimiento a los Estados Miembros que ya han efectuado pagos en 2002, e instar a todos los Estados Miembros con atrasos en sus cuotas a que cumplan sus compromisos financieros con la Organización lo antes posible.
3. Felicitar a los Estados Miembros que han cumplido plenamente con sus obligaciones del pago de cuotas en 2002.
4. Expresar su reconocimiento a los Estados Miembros que se han esforzado en efectuar pagos para reducir el atraso en sus cuotas de años anteriores.
5. Expresar su grave preocupación con respecto a la acumulación de mora por parte de Argentina, y alentar a Argentina al objeto de que su Gobierno conceda prioridad a la liquidación de sus cuotas atrasadas.
6. Solicitar a la Presidencia de la Conferencia Sanitaria Panamericana que notifique a la Delegación de Argentina que restaurará sus privilegios de voto en la presente 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana.
7. Solicitar al Director:
 - a) que siga vigilando la puesta en práctica de los convenios especiales de pago hechos por los Estados Miembros que tienen cuotas atrasadas de años anteriores;
 - b) que informe al Comité Ejecutivo sobre el cumplimiento por los Estados Miembros de sus compromisos de pago de las cuotas;
 - c) que informe al 44.º Consejo Directivo sobre el estado de la recaudación de las cuotas correspondientes a 2003 y años anteriores.

(Tercera reunión, 24 de septiembre de 2002)

CSP26.R3 *Reglamento financiero de la OPS*

LA 26.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo estudiado la recomendación del Comité Ejecutivo y la propuesta de modificación del Reglamento Financiero que figura en el anexo 2 del documento CSP26/19, y

Considerando que la modificación del Reglamento aportará, en la medida en que es práctico y posible, mayor conformidad entre el Reglamento Financiero de la Organización Mundial de la Salud y el de la Organización Panamericana de la Salud, y adaptará el Reglamento Financiero de la OPS al adecuado cumplimiento de las normas de contabilidad del sistema de las Naciones Unidas,

RESUELVE:

Aprobar las modificaciones del Reglamento Financiero de la Organización Panamericana de la Salud que figuran en el anexo 2 del documento CSP26/19.

(Tercera reunión, 24 de septiembre de 2002)

CSP26.R4 *Modificación del Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana*

LA 26.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Tomando nota de los cambios que se hicieron al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, confirmados por el Comité Ejecutivo en su 130.^a sesión;

Habiendo considerado la recomendación del Comité Ejecutivo con relación al Artículo 4.5 del Estatuto del Personal, y

Consciente de lo dispuesto en el Artículo 12.1 del Reglamento del Personal,

RESUELVE:

Aprobar la modificación del Artículo 4.5 del Estatuto del Personal para reflejar la aplicación de los nuevos mecanismos de contratación, con efecto desde el 1 de julio de 2002.

(Tercera reunión, 24 de septiembre de 2002)

CSP26.R5 Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

LA 26.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta la decisión tomada por el Comité Ejecutivo en su 130.ª sesión de reajustar los sueldos del Director Adjunto y de la Subdirectora (resolución CE130.R12);

Tomando nota de la recomendación del Comité Ejecutivo acerca del sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (resolución CE130.R12), y

Consciente de las disposiciones del Artículo 330.3 del Reglamento del Personal,

RESUELVE:

Fijar el sueldo neto anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en US\$ 118.165 (con familiares a cargo) y en \$106.342 (sin familiares a cargo), con efecto a partir del 1 de marzo de 2002.

(Tercera reunión, 24 de septiembre de 2002)

CSP26.R6 Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas

LA 26.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habida cuenta de los Artículos 4.E y 21.A de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, que estipulan que la Oficina Sanitaria Panamericana tendrá un Director elegido en la Conferencia por el voto de la mayoría de los Gobiernos de la Organización;

Teniendo en cuenta el Artículo 4 del Acuerdo suscrito entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud y el Artículo 52 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que establece el procedimiento para el nombramiento de los Directores Regionales de la Organización Mundial de la Salud, y

Satisfecha de que la elección del Director de la Oficina se ha realizado de conformidad con los procedimientos establecidos,

RESUELVE:

1. Declarar a la Dra. Mirta Roses Periago elegida Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana por un período de cinco años a partir del 1 de febrero de 2003.
2. Someter al Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud el nombre de la Dra. Mirta Roses Periago para su nombramiento como Directora Regional para las Américas.

(Quinta reunión, 25 de septiembre de 2002)

CSP26.R7 Director Emérito de la Oficina Sanitaria Panamericana

LA 26.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta los 21 años de servicio prestados por el Dr. George Alleyne a la Organización Panamericana de la Salud;

Reconociendo el liderazgo extraordinario desplegado por el Dr. Alleyne como Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y Director Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud durante los últimos ocho años;

Reiterando los valores que ha hecho suyos y ha impreso en la labor de la Organización, así como su dedicación y compromiso con el mejoramiento de la equidad y el principio del panamericanismo en el ámbito de la salud, y

Deseando demostrar su reconocimiento por los muchos años de servicio a la Organización y considerando que el mandato del Dr. Alleyne como Director de la Oficina y Director Regional está por terminar,

RESUELVE:

1. Expresar su sincero agradecimiento al Dr. George Alleyne por los muchos años de servicio prestado a la Organización Panamericana de la Salud y por el liderazgo desplegado como Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.
2. Conferir el título de Director Emérito de la Oficina Sanitaria Panamericana al Dr. Alleyne a partir de la fecha de su jubilación.

3. Desearle todo género de éxitos en las actividades que emprenda en el futuro para mejorar la salud de los pueblos de las Américas y del mundo.
4. Transmitir esta resolución al Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud para su consideración.

(Quinta reunión, 25 de septiembre de 2002)

CSP26.R8 *Elección de Tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el Mandato de Bolivia, Canadá y Guyana*

LA 26.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta lo dispuesto en los Artículos 4.D y 15.A de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, y

Considerando que Dominica, Estados Unidos de América y Paraguay fueron elegidos para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Bolivia, Canadá y Guyana,

RESUELVE:

1. Declarar elegidos a Dominica, Estados Unidos de América y Paraguay para integrar el Comité Ejecutivo por un período de tres años.
2. Agradecer a Bolivia, Canadá y Guyana los servicios prestados a la Organización por sus delegados en el Comité Ejecutivo durante los últimos tres años.

(Quinta reunión, 25 de septiembre de 2002)

CSP26.R9 *Vacunas e Inmunización*

LA 26.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado el informe del Director sobre vacunas e inmunización (documento CSP26/8) y tomando nota del liderazgo de la Región en dicha área, así como la contribución decisiva de la inmunización al progreso de las iniciativas de supervivencia infantil;

Reconociendo la necesidad de acelerar la utilización de las nuevas vacunas de eficacia comprobada para reducir los daños a la salud de los niños de la Región;

Reconociendo los adelantos que se están logrando en las Américas con respecto a la interrupción de la transmisión autóctona del virus del sarampión, pero conscientes de que la Región está bajo amenaza constante de las importaciones, las cuales pueden ocasionar brotes extensos de sarampión si los niveles de cobertura de vacunación son insuficientes;

Tomando nota del compromiso notable de las autoridades sanitarias y de los gobiernos de la isla La Española para controlar con éxito el brote de poliomielitis causado por el virus de tipo 1 derivado de la vacuna de Sabin y el brote de sarampión notificado en 2001;

Reconociendo la necesidad de lograr una cobertura de vacunación uniforme en todos los municipios y de mejorar la calidad de los datos de vacunación y de vigilancia;

Considerando los adelantos importantes que están logrando los Estados Miembros en la aceleración del control de la rubéola y la prevención del síndrome de rubéola congénita, a fin de lograr una disminución más rápida de los casos de esta enfermedad y de niños nacidos con dicho síndrome;

Observando que, si bien la transmisión de fiebre amarilla en las zonas donde la enfermedad es enzoótica ha disminuido recientemente como resultado de la vacunación intensiva, hay indicios de circulación del virus en zonas donde no hay enzootia y de una distribución generalizada de *Aedes aegypti*, el vector urbano de la enfermedad;

Teniendo en cuenta la importancia de trabajar para garantizar el acceso de los Estados Miembros a todos los tipos de vacunas que están indicadas para usarse en salud pública, a un costo asequible y de la máxima calidad, y

Consciente del uso potencial del virus de la viruela como arma de bioterrorismo,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) asignen recursos suficientes para financiar todos los aspectos de los programas nacionales de vacunación, a fin de asegurar el logro sostenible de una cobertura vacunal de al menos 95% con todos los antígenos en todos los municipios, la realización de la meta de la interrupción de la transmisión autóctona del

sarampión, el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis y la inclusión de nuevas vacunas e iniciativas importantes de salud pública;

- b) lleven a cabo iniciativas de control acelerado de la rubéola y de prevención del síndrome de rubéola congénita y sigan mejorando la vigilancia epidemiológica de ambas, así como el diagnóstico de laboratorio y los procedimientos de investigación;
- c) permanezcan atentos a la situación de la fiebre amarilla, usando sistemas de vigilancia sensibles, especialmente en zonas enzoóticas y aquellas infestadas con *Aedes aegypti*, y a mantener altas coberturas de vacunación en zonas de alto riesgo para prevenir la ocurrencia de casos selváticos y la urbanización de la enfermedad;
- d) fortalezcan a las autoridades nacionales regulatorias y los laboratorios nacionales de control para velar por que los programas nacionales de vacunación y el sector privado usen vacunas de buena calidad, ya sea importadas o de producción local y aprobadas por las autoridades competentes;
- e) consideren que cualquier brote de viruela es una amenaza para la Región y el mundo, a que notifiquen con prontitud cualquier caso sospechoso que pueda ocurrir, y a que estén preparados para proporcionar la asistencia de urgencia necesaria, incluidas vacunas, con el fin de contener el brote con la mayor prontitud posible.

2. Solicitar al Director que:

- a) abogue por la movilización activa de recursos nacionales e internacionales para alcanzar la meta de la interrupción de la transmisión autóctona del sarampión, incluida la adopción de estrategias de erradicación en las Regiones donde se den las condiciones para hacerlo en forma sostenible;
- b) aliente la colaboración entre los países americanos productores de vacunas, con el fin de apoyar el desarrollo conjunto de vacunas;
- c) explore, junto con el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y otros socios, mecanismos de financiación que complementen el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la OPS, con el fin de asegurar la provisión ininterrumpida de vacunas a precios asequibles y de la máxima calidad a los Estados Miembros;

- d) propugne la adopción de estrategias que permitan la inclusión inmediata de las nuevas vacunas de eficacia comprobada contra enfermedades graves de la infancia en los programas de salud pública;
- e) dicte las medidas necesarias para garantizar que el 95% de las mujeres de edad fecunda sean vacunadas contra el tétanos;
- f) oriente a los Estados Miembros sobre las vacunas para adultos eficaces en función de los costos.

(Sexta reunión, 25 de septiembre de 2002)

CSP26.R10 Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI)

LA 26.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado el documento CSP26/11 y los resultados que se presentan en términos del avance logrado en la implementación de la estrategia "Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia" (AIEPI) en la Región de las Américas, y

Tomando en consideración el avance logrado en la iniciativa "Niños Sanos: la Meta de 2002", que ha contribuido a sostener y acelerar el ritmo de reducción de la mortalidad en la niñez, particularmente por las causas objeto de la estrategia AIEPI,

RESUELVE:

1. Aprobar el enfoque y la operacionalización contenidos en el documento CSP26/11 para la implementación de la estrategia AIEPI.
2. Destacar la importancia que tiene la expansión de la estrategia AIEPI, a través de la incorporación de nuevos componentes que permitan incrementar el poder de resolución del personal de salud del primer nivel, incluyendo la atención prenatal y neonatal que garanticen una gestación, nacimientos y desarrollo infantil saludables.
3. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) continúen reforzando el apoyo a la estrategia AIEPI, su expansión y coordinación con otros programas y actores en salud a fin de sostener y acelerar el ritmo de

descenso de la mortalidad en la niñez, y de avanzar hacia el acceso universal de la población al estándar básico de calidad de atención que brinda dicha estrategia;

- b) aceleren la efectiva incorporación de la estrategia AIEPI en la docencia de pre y posgrado en disciplinas de la salud, y la utilización de la misma por parte de los graduados;
- c) fortalezcan y promuevan mecanismos efectivos de recolección, consolidación y análisis de información que permitan el seguimiento y evaluación de las acciones de salud infantil y en la niñez;
- d) fortalezcan el número y la diversidad de los recursos humanos de salud para tratar eficazmente a los niños enfermos y abordar las causas de las enfermedades.

4. Pedir al Director que continúe apoyando la implementación de la estrategia AIEPI, en términos de su expansión a otros países y de la cobertura en los países que ya la adoptaron.

(Sexta reunión, 25 de septiembre de 2002)

CSP25.R11 Evaluación de las orientaciones estratégicas y programáticas para 1999 - 2002

LA 26.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el documento CSP26/9 "Evaluación de las orientaciones estratégicas y programáticas 1999-2002";

Teniendo en cuenta la resolución CSP25.R4 adoptada por la 25ª Conferencia Sanitaria Panamericana y en particular la parte 3b, que solicita al Director que evalúe el impacto de la cooperación técnica utilizando las orientaciones estratégicas como marco de referencia;

Habiendo sido informada de situaciones que mueven a preocupación, relacionadas con el elevado índice de incumplimiento de las metas regionales adoptadas por la Organización para el período 1999-2002, y con un porcentaje alto de metas consideradas no mensurables porque la información disponible es insuficiente, difícil de obtener, desactualizada o no comparable, y

Constatando que el documento referido no satisface plenamente el propósito expresado en la resolución CSP25.R4,

RESUELVE:

1. No dar por cumplido en su totalidad el mandato adoptado por la 25ª Conferencia Sanitaria Panamericana en esta materia.
2. Solicitar al Director que presente un nuevo documento para ser sometido al Consejo Directivo a realizarse en 2003.

(Séptima reunión, 26 de septiembre de 2002)

CSP25.R12 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en las Américas

LA 26.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Recordando la resolución CD32.R12, en que se solicita al Director que facilite informes anuales sobre la situación del VIH/SIDA en la Región;

Visto el documento CSP26/7 sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida en las Américas;

Reconociendo que la epidemia de VIH/SIDA constituye una emergencia mundial y regional con efectos de largo alcance, cuyo impacto en los países de las Américas puede y debe ser reducido mediante un incremento en los esfuerzos políticos, técnicos y financieros;

Consciente de las oportunidades que, para fortalecer las respuestas nacionales contra la epidemia, ofrecen las metas de la Declaración del 26.º período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (junio de 2001); el establecimiento del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria; la agenda compartida de la Organización Panamericana de la Salud, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial; los avances en el desarrollo de planes y alianzas estratégicas subregionales y entre países, y el rápido progreso de las iniciativas de la OMS y del ONUSIDA sobre el acceso acelerado a los medicamentos antirretrovíricos en los países de la Región, así como la Estrategia Mundial para el Sector Salud de la OMS, y

Teniendo en cuenta la "Declaración relativa al acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública", adoptada por la cuarta Conferencia Ministerial de la Organización Mundial del Comercio, celebrada en Doha (Qatar), del 9 al 14 de noviembre de 2001,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) realicen los mayores esfuerzos para cumplir con las metas de la Declaración de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, sobre todo en lo que atañe a la prevención de la infección con VIH; a la atención, apoyo y tratamiento de las personas que viven con VIH/SIDA y a la reducción del estigma y exclusión social asociados con la epidemia;
 - b) continúen promoviendo y facilitando la cooperación subregional y entre países, estableciendo alianzas estratégicas que utilicen las instancias técnicas y financieras y los foros económicos y políticos idóneos que puedan ampliar la respuesta nacional y regional a la epidemia de VIH/SIDA/ITS en las Américas;
 - c) exploren las opciones nacionales y regionales para reducir los costos de los medicamentos antirretrovíricos y otros suministros de salud pública relacionados con la lucha contra el VIH/SIDA.
2. Solicitar al Director que:
 - a) fortalezca la capacidad y respuesta institucionales contra los desafíos planteados por la epidemia de VIH/SIDA en las Américas, específicamente en lo que concierne a las áreas de prevención de la infección con VIH e ITS y la atención y tratamiento de las personas que viven con VIH/SIDA;
 - b) desarrolle un marco estratégico regional que apoye y fortalezca la cooperación técnica con los Estados Miembros y el mejor aprovechamiento de nuevas oportunidades mundiales y regionales, como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria; la iniciativa de acceso acelerado a los medicamentos antirretrovíricos; la Estrategia Mundial del Sector Salud y la colaboración subregional y entre países, en el marco de la colaboración interagencias promovida por la Organización de las Naciones Unidas;
 - c) explore medidas para reforzar la capacidad nacional del control de calidad de los medicamentos genéricos.

3. Agradecer al Director los completos informes anuales sobre la situación del SIDA en las Américas que ha venido presentando en conformidad con la resolución CD32.R12 adoptada por el Consejo Directivo en 1987, y pedirle que en el futuro informe a los Cuerpos Directivos sólo cuando surjan novedades importantes sobre la situación de la infección por el VIH/SIDA en la Región, incluidos los métodos de prevención y control.

(Séptima reunión, 26 de setiembre de 2002)

CSP26.R13 Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas

LA 26.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el documento CSP26/14, Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas;

Consciente de la tasa innecesariamente elevada de mortalidad de las mujeres como resultado de las complicaciones del embarazo y el parto, y

Teniendo en cuenta que los resultados de la investigación y la experiencia práctica han demostrado que intervenciones concretas, como la asistencia obstétrica esencial (AOE) y la asistencia del parto por personal cualificado, pueden reducir la incidencia y la gravedad de las complicaciones importantes asociadas con el embarazo, el parto y el puerperio para las madres y los recién nacidos,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) hagan suya la meta de la Declaración de la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas consistente en disminuir la razón de mortalidad materna en 75% para el año 2015, por comparación con los niveles registrados en 1990, que mejoren las razones dentro de los países, especialmente las disparidades entre las zonas urbanas y rurales, y que reduzcan la morbilidad materna;
 - b) velen por que la reducción de la morbimortalidad materna y neonatal sea una prioridad del sector sanitario, y por que las mujeres y las adolescentes tengan acceso fácil y económico a la atención obstétrica esencial, a servicios obstétricos bien equipados y dotados del suficiente personal, a la asistencia del parto por personal cualificado, a la atención obstétrica de urgencia, al envío y transporte eficaces a centros de nivel asistencial más elevado, en caso de necesidad, a la

atención tras el parto y a la planificación familiar para promover, entre otras cosas, la maternidad sin riesgos;

- c) respalden y apoyen las intervenciones basadas en pruebas científicas para reducir la mortalidad y la morbilidad maternas, como la asistencia obstétrica esencial y la asistencia del parto por personal cualificado;
- d) se adhieran a las normas expedidas conjuntamente en 1997 por la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, según las cuales por cada 500.000 habitantes deben haber cuatro establecimientos que ofrezcan atención obstétrica básica y uno que preste asistencia obstétrica integral;
- e) respalden y apoyen intervenciones de promoción de la salud basadas en pruebas científicas para que las mujeres, las familias y las comunidades puedan hacer planes para afrontar las complicaciones obstétricas, identificar a tiempo los problemas y responder apropiadamente;
- f) desarrollen asociaciones clave entre los gobiernos locales y nacionales, los servicios de salud, las asociaciones profesionales, las organizaciones de mujeres y otras organizaciones no gubernamentales, a fin de mejorar los esfuerzos para reducir la mortalidad y la morbilidad maternas, además de obtener la colaboración interinstitucional al promover y aplicar las estrategias de reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas.

2. Pedir al Director que:

- a) apoye el establecimiento y la ejecución de mecanismos para fortalecer los sistemas de información y vigilancia para seguir de cerca los adelantos logrados en la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas;
- b) establezca mecanismos para ayudar a los Estados Miembros a que contraigan un compromiso a largo plazo, tanto político como programático, incluido el apoyo financiero dentro de los recursos disponibles, para aplicar intervenciones actualizadas de maternidad sin riesgo y estrategias de reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas;
- c) establezca, en concertación con los organismos de las Naciones Unidas, un programa de trabajo en el que se integren plenamente, en el programa de trabajo de la OPS y en cada país, métodos de planificación familiar seguros, fiables y de calidad, así como la información, la educación y el asesoramiento para reducir el

número de embarazos tempranos y no deseados, y para prevenir las infecciones de transmisión sexual y la infección por el VIH/SIDA.

(Octava reunión, 26 de septiembre de 2002)

CSP26.R14 Creación del fondo de contribución voluntaria para la reducción de la mortalidad materna en las Américas

LA 26.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el documento CSP26/14, y considerando que:

Garantizar la vida de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, que es el ciclo mediante el cual generan la vida, es garantizar un derecho humano fundamental;

Ninguno de los países americanos ha conseguido alcanzar la meta de reducción de la mortalidad materna establecida por la Cumbre Mundial en favor de la Infancia para el año 2000;

Será difícil alcanzar la meta de la Declaración de la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas consistente en disminuir la razón de mortalidad materna en 75% para el año 2015 sin que se den inmediatamente un gran esfuerzo conjunto e inversiones de toda América;

La reducción de las tasas de fecundidad alcanzada en la mayor parte de los países de las Américas gracias a los esfuerzos nacionales, junto con inversiones financieras considerables de las Naciones Unidas y de los organismos de fomento del desarrollo social, ha contribuido a la disminución del número de defunciones maternas, pero no lo suficiente como para reducir el riesgo de que una mujer muera con cada embarazo;

Una vez alcanzada la esperada reducción de las tasas de fecundidad en América Latina y el Caribe, los recursos internacionales que se invertían en salud reproductiva están siendo significativa y progresivamente reducidos,

RESUELVE:

1. Aprobar la creación del Fondo de Contribución Voluntaria para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas, cuya gestión se confía a la Organización Panamericana de la Salud.

2. Velar por que los recursos procedentes de este Fondo se destinen a:
 - a) apoyar a los países que presenten un plan nacional con esta finalidad, indicando claramente las acciones que piensan realizar, así como los recursos nacionales con que se costearán para alcanzar la meta propuesta en la Cumbre del Milenio;
 - b) financiar, en contrapartida, acciones de la sociedad civil encaminadas al empoderamiento de las mujeres y a mejorar su comprensión del curso del embarazo, el parto y el puerperio, ampliando su capacidad de identificar tempranamente posibles problemas y de acudir a los servicios de salud;
 - c) financiar iniciativas nacionales para sensibilizar y capacitar a los gestores locales de salud y a los profesionales para que hagan frente adecuadamente al problema;
 - d) monitorear los resultados nacionales.
3. Solicitar al Director que:
 - a) establezca el Fondo de Contribución Voluntaria para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas, con sus correspondientes términos de referencia;
 - b) informe regularmente al Consejo Directivo sobre la situación y el progreso del Fondo.

(Octava reunión, 26 de septiembre de 2002)

CSP26.R15 Respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas

LA 26.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado el informe del Director sobre la respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas (documento CSP26/15);

Recordando la resolución CD42.R9 sobre las enfermedades cardiovasculares, con especial atención a la hipertensión arterial, que respalda un enfoque integrado a la prevención de las enfermedades cardiovasculares mediante la iniciativa de acciones para la reducción multifactorial de las enfermedades no transmisibles (CARMEN), y observando que CARMEN representa una vía para integrar factores de riesgo y enfermedades;

Recordando la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud WHA 55.23, que insta a los Estados Miembros a colaborar con la OMS para establecer una estrategia mundial sobre el régimen alimenticio, la actividad física y la salud para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, basada en pruebas y en las mejores prácticas, con un énfasis particular en un enfoque integrado para mejorar los regímenes alimenticios e incrementar la actividad física;

Observando que las enfermedades crónicas no transmisibles representan el 70% de las defunciones en la Región de las Américas, y que más de la mitad de la mortalidad prematura en menores de 70 años se atribuye a las enfermedades crónicas no transmisibles, y

Alarmada por el mayor costo que las enfermedades no transmisibles representan para la sociedad como consecuencia de los rápidos cambios demográficos y epidemiológicos,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) se esfuercen por documentar la carga que representan las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo;
 - b) respalden la iniciativa de CARMEN como una de las estrategias principales para la prevención integrada de las enfermedades crónicas;
 - c) incorporen modelos de asistencia para las afecciones crónicas, a fin de mejorar la calidad de la atención y aumentar la capacidad de la atención primaria para responder a las necesidades de la población.
2. Solicitar al Director que:
 - a) facilite cooperación técnica con los Estados Miembros para que estos elaboren un enfoque integrado de las enfermedades no transmisibles basado en la iniciativa CARMEN;
 - b) apoye a los Estados Miembros para que establezcan y mejoren la vigilancia de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo;

- c) apoye y estimule la investigación operativa sobre la aplicación eficaz de programas para prevenir las enfermedades no transmisibles y reducir sus repercusiones;
- d) apoye y facilite la participación activa de los Estados Miembros y su contribución al establecimiento de una estrategia mundial sobre el régimen alimenticio, la actividad física y la salud para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles;
- e) procure la coordinación con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, instituciones nacionales y organizaciones no gubernamentales para apoyar la prevención y el control de las enfermedades crónicas.

(Octava reunión, 26 de septiembre de 2002)

CSP26.R16 Evaluación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS)

LA 26.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el documento CSP26/17, Evaluación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS);

Enterada del informe interno de evaluación presentado en forma completa por el equipo de evaluación al Director en el documento CSP26/INF/2;

Teniendo presente la resolución CSP20.R31 de la 20.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, que solicita al Director que lleve a cabo la evaluación regular de cada centro panamericano;

Observando con satisfacción que este proceso ha entrado en una etapa nueva y ampliada a partir de la evaluación del CEPIS;

Consciente de las recomendaciones que el equipo interno de evaluación ha presentado al Director;

Recordando los debates sobre el tema de los centros panamericanos mantenidos en las sesiones recientes del Subcomité de Planificación y Programación y del Comité Ejecutivo, y

Observando la necesidad de fortalecer la evaluación de programas en toda la Oficina,

RESUELVE:

1. Felicitar al Director por haber llevado a cabo esta evaluación integral y por haber revitalizado el proceso de evaluación en general, y el de los centros panamericanos solicitado por la Conferencia en 1978.
2. Pedir al Director que:
 - a) ponga en práctica las recomendaciones pertinentes del equipo de evaluación para asegurar la evolución de un CEPIS fortalecido, capaz de atender mejor las necesidades actuales y futuras de los Estados Miembros en el campo de la salud y el ambiente;
 - b) realice la evaluación integral periódica de un centro panamericano al año;
 - c) fortalezca la capacidad de la Oficina en materia de evaluación de programas;
 - d) estimule el desarrollo de redes de cooperación entre el CEPIS, centros colaboradores, y otras instituciones relacionadas con salud y ambiente en los países;
 - e) presente una respuesta escrita de gestión a las recomendaciones de la evaluación del CEPIS y de otros centros cuando sean evaluados.

(Novena reunión, 27 de septiembre de 2002)

CSP26.R17 Reunión de los Ministros de Salud y el Medio Ambiente de las Américas (MSMAA)

LA 26.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Recordando la resolución CD43.R15, por la cual se instruyó a la Oficina Sanitaria Panamericana para que colaborara con el Gobierno de Canadá y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) a objeto de convocar la Reunión de los Ministros de Salud y el Medio Ambiente de las Américas (MSMAA);

Habiendo considerado el informe de la MSMAA, que tuvo lugar en Ottawa el 4 y 5 de marzo de 2002, y

Reconociendo el vínculo entre la salud y el ambiente; notando el impacto en la salud de factores ambientales como el agua y el saneamiento, la contaminación del aire en interiores y exteriores, y la exposición a sustancias químicas agroindustriales y residuos; y particularmente conscientes de la relación entre condiciones ambientales y enfermedades como la diarrea y las infecciones respiratorias,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) trabajen en conformidad con las líneas señaladas en el Comunicado Ministerial en las tres áreas definidas: establecimiento de direcciones futuras para la salud y el ambiente en las Américas; los temas de preocupación común y las metas compartidas; y la formación de capacidad e intercambio para responder a las amenazas;
 - b) desarrollen alianzas estratégicas a los niveles nacional y local entre los sectores ambiental y de la salud, involucrando a los actores pertinentes del sector público, el sector privado y la sociedad civil;
 - c) participen y respalden el trabajo del Grupo de Tarea definido en el Comunicado Ministerial, que actualmente está convocando el Gobierno de Canadá con la colaboración de la OPS y el PNUMA.
2. Solicitar al Director que:
 - a) colabore con el Gobierno de Canadá, el PNUMA, y otras organizaciones internacionales que harán propuestas para el proceso de seguimiento de la MSMAA como se indica en el Comunicado Ministerial;
 - b) integre las propuestas del Grupo de Tarea y el trabajo que se está realizando en 2002-2003 en la cooperación técnica en curso de la OPS, haciendo hincapié en la colaboración con los países en materia de fortalecimiento de capacidades y el trabajo en higiene, agua y saneamiento, contaminación del aire y seguridad química.

3. Reconocer y elogiar la función de liderazgo del Gobierno de Canadá al promover la colaboración activa entre los sectores ambiental y de la salud en la construcción del desarrollo humano sostenible.

(Novena reunión, 27 de septiembre de 2002)

CSP26.R18 Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2003-2007

LA 26.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2003-2007 (documento CSP26/10);

Consciente de la función constitucional de la Conferencia Sanitaria Panamericana consistente en determinar las políticas generales de la Organización, y

Reconociendo la necesidad que tiene la Oficina de canalizar sus esfuerzos y recursos hacia las prioridades regionales colectivas de salud para ayudar a lograr que todos los pueblos de la Región gocen de una salud óptima,

RESUELVE:

1. Aprobar el Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2003-2007, con las modificaciones indicadas por la Conferencia.
2. Solicitar al Director que:
 - a) tenga en cuenta el Plan Estratégico y los recursos que se necesitarán para ejecutarlo al preparar el presupuesto bienal por programas para el ejercicio económico 2003-2007;
 - b) distribuya ampliamente el documento "Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2003-2007";
 - c) efectúe anualmente el seguimiento y la evaluación de la ejecución del Plan Estratégico, según proceda, basándose en los indicadores existentes y prestando especial atención a la cooperación técnica, y que señale a los Cuerpos Directivos cualquier necesidad de modificar el Plan;
 - d) presente un análisis de las características actuales de la Organización y de las requeridas para la aplicación del Plan;

- e) presente al próximo Consejo Directivo propuestas que reflejen el punto de vista de la Directora en cuanto al Plan y su ejecución.

(Novena reunión, 27 de septiembre de 2002)

CSP26.R19 Ampliación de la protección social en materia de salud: Iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional Del Trabajo

LA 26.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el documento CSP26/12 sobre la ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo;

Teniendo en cuenta que la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo han puesto en marcha una iniciativa conjunta destinada a la reducción de la exclusión en salud a través de la ampliación de la protección social en materia de salud;

Habiendo tomado nota de la firma del Memorando de entendimiento respectivo entre ambas organizaciones;

Habiendo tomado nota de las distintas actividades que se han desarrollado sobre la ampliación de la protección social en materia de salud en la Región amparadas en dichos arreglos;

Considerando que los niveles de exclusión en salud siguen siendo altos en el continente a pesar de los esfuerzos y recursos invertidos en el tema, que se agravan con el crecimiento de la economía informal y de los niveles de pobreza y que es necesario enfrentar este problema con criterios innovadores, y

Teniendo en cuenta la importancia de redoblar esfuerzos nacionales y continentales para garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud en el marco de la meta de Salud para Todos sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:

- a) determinen, vigilen y evalúen las posibles causas de la exclusión social en materia de salud;
 - b) contemplen adoptar políticas y prácticas destinadas a reducir la desigualdad de ingresos, que es una de las causas subyacentes de disparidades en materia de salud en la Región;
 - c) establezcan estrategias nacionales para ampliar la protección social en materia de salud;
 - d) incluyan la ampliación de la protección social en materia de salud como un elemento guía en sus procesos de reforma sectoriales;
 - e) fomenten procesos de diálogo social que permitan definir los objetivos y estrategias nacionales en este campo;
 - f) apliquen estrategias nacionales para ampliar la protección social en materia de salud, con la participación, en su caso, del sector público y el privado, así como de organizaciones no gubernamentales;
 - g) presten especial atención a la protección social de la salud de las poblaciones migratorias.
2. Solicitar a los Directores de la OSP y la OIT que:
- a) difundan ampliamente en los países de la Región la documentación conceptual y metodológica que caracteriza la exclusión en materia de salud y su combate a través de la ampliación de la protección social en materia de salud;
 - b) promuevan junto con los Estados Miembros el diálogo social en torno a este tema, el análisis y debate sobre las formas de enfrentarlo en los países y los mecanismos de cooperación regional para apoyar estos procesos;
 - c) apoyen a los países a diseñar y establecer estrategias para determinar, vigilar y evaluar la exclusión social, y para diseñar modelos para la ampliación de la protección social en materia de salud, con base en las necesidades y prioridades de cada país;
 - d) sigan alentando la ampliación de la protección social en materia de salud como línea de trabajo en sus actividades de cooperación en la Región.

(Novena reunión, 27 de septiembre de 2002)

CSP26.R20 *La salud y el envejecimiento*

LA 26.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta la importancia del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, aprobado en Madrid, para abordar los problemas de salud de la población mayor de las Américas;

Reconociendo el cambio de paradigma hacia el envejecimiento sano y en actividad y los esfuerzos que se han hecho para reducir los estereotipos negativos y los malentendidos acerca del envejecimiento desde la 25.^a Conferencia Sanitaria Panamericana y la adopción, por parte de esta, de la resolución CSP25.R6;

Entendiendo las tremendas implicaciones que el envejecimiento de la población tiene para muchas de las prioridades de salud de las Américas, y

Considerando la necesidad de promover, en colaboración con otros asociados, un sistema integral de apoyo para el envejecimiento sano y activo,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) aprovechen el impulso creado por la segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, adopten políticas y planes nacionales para la ejecución del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y presten apoyo adecuado para la ejecución de sus ámbitos prioritarios;
 - b) aboguen por la promoción y protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas de edad avanzada;
 - c) adopten las prioridades de promoción de la salud apropiadas para las personas adultas mayores y fijen metas específicas por género y etnia, y estrategias de vigilancia en las áreas de salud nutricional, actividad física, lesiones no intencionales y prevención de las caídas, salud mental y prevención de las agresiones a personas mayores;
 - d) se comprometan a incrementar el acceso de las personas de edad, especialmente las de pocos recursos, a la atención de salud adecuada a cada edad, los medicamentos y las vacunas esenciales, de acuerdo con el principio de equidad;

- e) promuevan iniciativas para ofrecer opciones de atención comunitaria a largo plazo (incluidas las viviendas adaptadas y las residencias asistidas) y reglamenten la prestación de asistencia en dichos entornos;
 - f) estimulen la investigación para la vigilancia y evaluación de la eficacia de los programas;
 - g) elaboren un plan para el adiestramiento universitario y de posgrado de los trabajadores de atención primaria y otros profesionales de la salud en los fundamentos de la promoción de la salud, los aspectos básicos de la atención sanitaria adecuada a las personas mayores y de la medicina geriátrica.
2. Solicitar al Director que:
- a) apoye la aplicación regional del Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento, en coordinación con otros socios colaboradores;
 - b) ayude a los Estados Miembros a fijar metas e indicadores de envejecimiento sano;
 - c) aliente a los Estados Miembros a elaborar estrategias comunitarias coordinadas para apoyar el envejecimiento activo y para difundir la información al respecto;
 - d) ayude a los Estados Miembros a trabajar en favor del desarrollo de entornos propicios y favorables para las personas de edad, incluyendo establecimientos reglamentados de atención a largo plazo.

(Novena reunión, 27 de septiembre de 2002)

CSP26.R21 La mujer, la salud y el desarrollo

LA 26.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe del Director sobre la mujer, la salud y el desarrollo (documento CSP26/16);

Teniendo en cuenta las carencias de que adolecen los sistemas de información y vigilancia actuales para documentar la situación sanitaria y las tendencias de la salud de la mujer y las inequidades por razón de género existentes en este ámbito;

Consciente de que, para formular políticas encaminadas a reducir las inequidades por razón de género, se necesita información, y

Teniendo presentes las iniciativas en curso de otros organismos del sistema de las Naciones Unidas,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) asignen una alta prioridad al establecimiento y financiamiento de sistemas de información sobre las diferencias de salud y desarrollo determinadas por el género, así como a la recopilación, elaboración y presentación de información sanitaria desglosada por sexo;
 - b) promuevan la participación de los usuarios y los productores de información, tanto del gobierno como de la sociedad civil, en las cuestiones de género y salud;
 - c) incorporen el análisis de género a la formulación y el seguimiento de sus políticas, así como a la educación inicial y la formación permanente de los trabajadores de salud, y que garanticen el acceso a programas de salud sensibles al género, en los que se aborden las necesidades sanitarias de la mujer a lo largo de su vida, teniendo en cuenta sus múltiples roles y responsabilidades.
2. Solicitar al Director que:
 - a) estimule y apoye la producción, difusión y análisis de datos sanitarios desglosados por sexo, e incorpore datos de las intervenciones en materia de género, clase social, etnia y territorios sociales;
 - b) apoye la producción periódica de boletines estadísticos y perfiles sanitarios acerca de género, salud y desarrollo;
 - c) estimule y respalde la cooperación técnica entre países para el desarrollo, análisis y uso de la información sobre género y salud;
 - d) prosiga los esfuerzos por integrar la perspectiva de género en el trabajo de la Organización, particularmente en el proceso de planificación estratégica y su seguimiento;

- e) incorpore la perspectiva de género en el análisis sanitario, para enfocar más eficazmente las políticas y los programas, y para crear y aplicar modelos que aborden las inequidades de género en materia de salud de modo integrado;
- f) la necesidad de profundizar los estudios en la percepción de las prestaciones de los servicios de salud tanto para la identificación como en la explicación de los problemas de salud de los hombres y las mujeres.

(Novena reunión, 27 de septiembre de 2002)

Decisiones

CSP26(D1) Comisión de Credenciales

Tres delegados, de Costa Rica, Guyana y Perú, respectivamente, fueron nombrados para integrar la Comisión de Credenciales.

(Primera reunión, 23 de septiembre de 2002)

CSP26(D2) Mesa Directiva

Se eligió al Ecuador (Dr. Patricio Jamriska) para ocupar la Presidencia, a Antigua y Barbuda (Senador Samuel Aymer) y a Panamá (Dr. Fernando Gracia García) para las dos Vicepresidencias, y al Uruguay (Dra. Beatriz Rivas) para la Relatoría.

(Primera reunión, 23 de septiembre de 2002)

CSP26(D3) Grupo de trabajo para estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS

Tres delegados, de Bahamas, Canadá y Chile, respectivamente, fueron elegidos para formar el grupo de trabajo.

(Primera reunión, 23 de septiembre de 2002)

CSP26(D4) Comisión General

Tres Delegados, de Cuba, México y Estados Unidos de América, respectivamente, fueron elegidos miembros de la Comisión General.

(Primera reunión, 23 de septiembre de 2002)

CSP26(D5) Orden del día

El orden del día fue adoptado sin cambios.

(Primera reunión, 23 de septiembre de 2002)

CSP26(D6) Informe financiero del Director e Informe del Auditor Externo para 2000-2001

La Conferencia tomó nota del Informe del Director y del Informe del Auditor Externo para 2000-2001.

(Tercera reunión, 24 de septiembre de 2002)

CSP26(D7) Informes de la Oficina Sanitaria Panamericana: Nuevos rumbos para la salud en las Américas, Informe Cuadrienal del Director; La salud en las Américas; La salud pública en las Américas

La Conferencia tomó nota de los informes de la Oficina Sanitaria Panamericana.

(Primera reunión, 23 de septiembre de 2002)

CSP26(D8) Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo

La Conferencia tomó nota del informe del Presidente del Comité Ejecutivo sobre las actividades del Comité y sus diversos subcomités en el período comprendido entre septiembre de 2001 y septiembre de 2002.

(Segunda reunión, 23 de septiembre de 2002)

CSP26(D9) Selección de un Estado Miembro facultado para designar un representante ante el Consejo de Coordinación Internacional del Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ)

Brasil fue seleccionado para designar un representante ante el Consejo de Coordinación Internacional del Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ) por un período de tres años que comenzará el 1 de enero de 2003.

(Quinta reunión, 25 de septiembre de 2002)

EN FE DE LO CUAL, el Presidente de la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana y el Secretario ex officio 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, el día veintisiete del mes de septiembre, de dos mil dos. El Secretario depositará los textos originales en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana y enviará copias a los Estados Miembros de la Organización.

Senador Samuel Aymer
Vicepresidente de la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana
Delegado de Antigua y Barbuda

George A. O. Alleyne
Secretario ex officio
Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

ORDEN DEL DÍA

- 1. APERTURA DE LA SESIÓN**
- 2. ASUNTOS RELATIVOS AL REGLAMENTO**
 - 2.1 Nombramiento de la Comisión de Credenciales
 - 2.2 Elección del Presidente, los dos Vicepresidentes y el Relator
 - 2.3 Establecimiento de un grupo de trabajo para estudiar la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS
 - 2.4 Establecimiento de la Comisión General
 - 2.5 Adopción del orden del día
- 3. ASUNTOS RELATIVOS A LA CONSTITUCIÓN**
 - 3.1 Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo
 - 3.2 Informes de la Oficina Sanitaria Panamericana
 - a) Informe Anual 2001, e Informe Cuadrienal 1998-2001 del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana
 - b) Salud en las Américas
 - c) Salud Pública en las Américas
 - 3.3 Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas
 - 3.4 Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término los mandatos de Bolivia, Canadá y Guyana

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 2004-2005
- 4.2 Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas
- 4.3 Vacunas e inmunización
- 4.4 Evaluación de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas para 1999-2002
- 4.5 Plan estratégico para la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007
- 4.6 Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI)
- 4.7 Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo
- 4.8 La salud y el envejecimiento
- 4.9 Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas
- 4.10 Respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas
- 4.11 La mujer, la salud y el desarrollo
- 4.12 Evaluación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS)

5. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS

- 5.1 Informe sobre la recaudación de las cuotas
- 5.2 Reglamento financiero de la OPS
- 5.3 Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo correspondiente a 2000-2001
- 5.4 Modificaciones del Reglamento del Personal y del Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

6. ASUNTOS RELATIVOS A LOS COMITÉS

- 6.1 Selección de un Estado Miembro facultado para designar un representante que forme parte del Consejo de Coordinación Internacional del Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ), por haber llegado a su término el mandato de Colombia

7. PREMIOS

- 7.1 Premio OPS en Administración, 2002
- 7.2 Premio Abraham Horwitz en Salud Interamericana, 2002
- 7.3 Premio de Bioética Manuel Velasco Suárez

8. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL

- 8.1 Informe de la Reunión de los Ministros de Salud y el Medio Ambiente de las Américas (MSMAA)

8. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL *(cont.)*

8.2 Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud

8.3 Resoluciones y otras acciones de la 55.^a Asamblea Mundial de la Salud
de interés para el Comité Regional

9. OTROS ASUNTOS

LISTADO DE DOCUMENTOS

No. del documento	Título
<i>Documentos oficiales</i>	
<i>Doc. Of. 305</i>	Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo, 1 de enero de 2000 - 31 de diciembre de 2001
<i>Doc. Of. 306</i>	Nuevos rumbos para la salud en las Américas, Informe Cuadrienal del Director
<i>Documentos de trabajo</i>	
CSP26/1, Rev. 2	Orden del día
CSP26/2	Lista de Participantes
CSP26/3	Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo
CSP26/4	Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas
CSP26/5	Elección de tres Estados Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Bolivia, Canadá y Guyana
CSP26/6	Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el ejercicio financiero 2004-2005
CSP26/7	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas
CSP26/8	Vacunas e inmunización

No. del documento

Título

Documentos de trabajo (cont.)

CSP26/9	Evaluación de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas para 1999-2002
CSP26/10	Plan estratégico para la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007
CSP26/11	Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI)
CSP26/12	Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo
CSP26/13	La salud y el envejecimiento
CSP26/14	Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas
CSP26/15	La respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas
CSP26/16	La mujer, la salud y el desarrollo
CSP26/17	Evaluación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS)
CSP26/18, Add. I y II	Informe sobre la recaudación de las cuotas
CSP26/19	Reglamento financiero de la OPS
CSP26/20	Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo correspondiente a 2000-2001

No. del documento	Título
<i>Documentos de trabajo (cont.)</i>	
CSP26/21, Add. I	Modificaciones del Estatuto y del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
CSP26/22	Selección de un Estado Miembro facultado para designar un representante que forme parte del Consejo de Coordinación Internacional del Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ), por haber llegado a su término el mandato de Colombia
CSP26/23	Premio OPS en Administración, 2002
CSP26/24	Premio Abraham Horwitz para la Salud Interamericana, 2002
CSP26/25	Premio de Bioética Manuel Velasco Suárez, 2002
CSP26/26	Resoluciones y otras acciones de la 55. ^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Regional
CSP26/27	Informe de la Reunión de los Ministros de Salud y de Medio Ambiente de las Américas (MSMAA)
CSP26/28	Informe del Comité Asesor de Investigaciones en Salud
<i>Documentos de información</i>	
CSP26/INF/1	Evaluación de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas para 1999-2002
CSP26/INF/2	Evaluación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS)
CSP26/INF/3	Informe de la situación de los programas de malaria en las Américas

No. del documento

Título

Documentos de información (cont.)

CSP26/INF/4

Estadísticas del Personal de la OSP/OMS

CSP26/INF/5

Proyectos de órdenes del día provisionales: Consejo
Ejecutivo (111.^a reunión), 56.^a Asamblea Mundial
de la Salud

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**MEMBER STATES
ESTADOS MIEMBROS**

**ANTIGUA AND BARBUDA
ANTIGUA Y BARBUDA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Senator Samuel Aymer
Chief Adviser to the Minister of Health
Ministry of Health and Social Improvement
St. John's

Delegate – Delegado

Mr. Lionel Alexander Hurst
Ambassador to the United States of America
Permanent Representative of Antigua and Barbuda to the
Organization of American States
Washington, D.C.

ARGENTINA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Ginés González García
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Buenos Aires

MEMBER STATES (cont.)
ESTADOS MIEMBROS (cont.)

ARGENTINA (cont.)

Delegates – Delegados

Sr. Rodolfo H. Gil
Embajador
Representante Permanente de Argentina ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Dr. Carlos Vizzotti
Subsecretario de Relaciones Sanitarias Internacionales
e Investigación en Salud
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Alternates – Alternos

Sra. Silvia Meregá
Ministro
Representante Permanente Alterna de Argentina ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Mauricio Alice
Secretario
Representante Alternativo de Argentina ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Lic. Leonardo di Pietro Paolo
Jefe de Asesores del Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Buenos Aires

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

BAHAMAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Senator Marcus C. Bethel
Minister of Health
Ministry of Health
Nassau

Delegates – Delegados

Mr. Joshua Sears
Ambassador of the Commonwealth and Permanent Representative
of the Bahamas to the Organization of American States
Washington, D.C.

Dr. Merceline Dahl-Regis
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Nassau

Alternates – Alternos

Ms. Elma Garraway
Permanent Secretary
Ministry of Health
Nassau

Dr. Baldwin Carey
Director of Public Health
Ministry of Health
Nassau

MEMBER STATES (cont.)
ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BAHAMAS (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. M. Perry Gomez
Director of the National AIDS Program
Ministry of Health
Nassau

Mrs. Edda Dumont-Adolph
Counsellor
Embassy of the Bahamas to the
United States of America
Washington, D.C.

BARBADOS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Jerome X. Walcott
Minister of Health
Ministry of Health
St. Michael

Delegates – Delegados

Mr. Lionel Weekes
Permanent Secretary
Ministry of Health
St. Michael

MEMBER STATES (cont.)
ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BARBADOS (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Dr. Beverly Miller
Chief Medical Officer
Ministry of Health
St. Michael

Alternates – Alternos

Mr. Michael I. King
Ambassador of Barbados to the United States of America
Washington, D.C.

Ms. Joyce Bourne
Counsellor
Embassy of Barbados to the United States of America
Washington, D.C.

BELIZE
BELICE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. José Coyo
Minister of Health and the Public Service
Ministry of Health and the Public Service
Belmopan

MEMBER STATES (cont.)
ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BELIZE (cont.)
BELICE (cont.)

Delegate – Delegado

Mr. Henry Anderson
Chief Executive Officer
Ministry of Health and the Public Service
Belmopan

BOLIVIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Javier Torres Goitia Caballero
Ministro de Salud y Previsión Social
Ministerio de Salud y Previsión Social
La Paz

Delegates – Delegados

Dr. Ricardo Martínez
Ministro Consejero
Misión Permanente de Bolivia ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. María del Carmen Oblitas
Segundo Secretario
Misión Permanente de Bolivia ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES (cont.)
ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BOLIVIA (cont.)

Alternates – Alternos

Sra. María Cristina Aparicio
Primer Secretario
Misión Permanente de Bolivia ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. José Larrea
Asistente del Agregado Naval
Misión Permanente de Bolivia ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

BRAZIL
BRASIL

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Otávio Azevedo Mercadante
Secretário-Executivo
Ministério da Saúde
Brasília

Delegate – Delegado

Dra. Beatriz Helena Carvalho Tess
Diretora
Departamento de Ciencia e Tecnologia em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

BRAZIL (*cont.*)
BRASIL (*cont.*)

Alternates – Alternos

Sr. Paulo Roberto Amora Alvarenga
Secretário
Representante Alterno da Missão do Brasil junto a
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

Dr. José Marcos Nogueira Viana
Secretário
Assessor Especial
Secretaria de Estado de Comunicação de Governo da
Presidência da República
Brasília

CANADA
CANADÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Munir A. Sheikh
Associate Deputy Minister
Health Canada
Ottawa

Delegates – Delegados

Mr. Ed Aiston
Director General
Health Canada
International Affairs Directorate
Ottawa

MEMBER STATES (cont.)
ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CANADA (cont.)

CANADÁ (cont.)

Delegates – Delegados

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

Alternates – Alternos

Mr. David Strawczynski
Program Officer
Health Canada
International Affairs Directorate
Ottawa

Ms. Judith Sullivan
Senior Health Specialist
Americas Branch
Canadian International Development Agency
Health Canada
Ottawa

Mr. Douglas Williams
Chief, Mine Action Unit
Multilateral Branch
Canadian International Development Agency
Health Canada
Ottawa

Mr. David Keithlin
Counselor and Alternative Representative
Permanent Mission of Canada to the
Organization of American States
Washington, D.C.

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

CANADA (*cont.*)
CANADÁ (*cont.*)

Alternates – Alternos (*cont.*)

Ms. Basia Manitiuk
Alternate Representative
Permanent Mission of Canada to the
Organization of American States
Washington, D.C.

Dr Richard Massé
Sous-ministre adjoint
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Gouvernement du Québec
Québec

Mr. Gerry White
Assistant Deputy Minister
Government Agency Relations
Department of Health and Community Services
Government of Newfoundland
Newfoundland

Ms. Dawn Walker
Executive Director
Canadian Institute of Child Health
Ottawa

Dr. Gwyn Kutz
Chargé d'affaires
Permanent Mission of Canada to the
Organization of American States
Washington, D.C.

MEMBER STATES (cont.)
ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CHILE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Osvaldo Artaza
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Santiago

Delegates – Delegados

Dr. Fernando Muñoz
Jefe, División de Rectoría y Regulación Sanitaria
Ministerio de Salud
Santiago

Alternates – Alternos

Dra. Raquel Child
Jefa, Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

Sr. Christian Blasco
Segundo Secretario
Representación Permanente de Chile ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

COLOMBIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sr. Humberto de la Calle Lombana
Embajador
Representante Permanente de Colombia ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

COLOMBIA (*cont.*)

Delegates – Delegados

Dr. Juan Gonzalo López Casas
Viceministro de Salud
Ministerio de Salud
Santa Fe de Bogotá

Sr. Jorge Mario Echeverri
Primer Secretario
Misión Permanente de Colombia ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

COSTA RICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
San José

Delegates – Delegados

Dr. Walter Niehaus
Embajador
Misión Permanente de Costa Rica ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES (cont.)
ESTADOS MIEMBROS (cont.)

COSTA RICA (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Sr. Luis E. Guardia
Embajador
Representante Alterno
Misión Permanente de Costa Rica ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternate – Alterno

Sra. Roxana Terán Victory
Ministra Consejera
Misión Permanente de Costa Rica ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

CUBA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Damodar Peña Pentón
Ministro de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Delegate – Delegado

Dr. Néstor Marimón Torres
Director de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud Pública
La Habana

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

CUBA (*cont.*)

Alternates – Alternos

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

Sr. Asdrúbal de la Vega Orellana
Primer Secretario de la Misión de Cuba ante
la Organización de las Naciones Unidas
New York

Sra. Marisabel de Miguel Fernández
Segundo Secretario
Sección Intereses de Cuba
Washington, D.C.

DOMINICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Herbert Sabaroche
Minister of Health and Social Security
Ministry of Health and Social Security
Roseau

DOMINICAN REPUBLIC
REPÚBLICA DOMINICANA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. José Rodríguez Soldevila
Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social
Santo Domingo

MEMBER STATES (cont.)
ESTADOS MIEMBROS (cont.)

DOMINICAN REPUBLIC (cont.)
REPÚBLICA DOMINICANA (cont.)

Delegates – Delegados

Lic. Ramón Quiñones
Embajador
Representante Permanente de la República Dominicana ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Srta. Daverba Ortíz
Primer Secretario
Representante Alterna de la República Dominicana ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

ECUADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación (23 to 26 September 2002)

Dr. Patricio Jamriska
Ministro de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Quito

Chief Delegate – Jefe de Delegación (27 September 2002)

Dr. Efraín Baús
Representante Interino del Ecuador ante la
Organización de Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES *(cont.)*
ESTADOS MIEMBROS *(cont.)*

ECUADOR *(cont.)*

Delegates– Delegados

Dr. Carlos Rodrigo Cepeda Puyol
Subsecretario General de Salud
Ministerio de Salud Pública
Quito

Dr. Hernán Vinelli
Coordinador del Programa PANN 2000
Ministerio de Salud Pública
Quito

EL SALVADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. José Francisco López Beltrán
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
San Salvador

Delegate – Delegado

Dr. Carlos Alfredo Rosales
Director de Planificación
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
San Salvador

Alternate – Alterno

Sr. Arthur Guth Gokisch
Consejero
Misión Permanente de El Salvador ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

FRANCE
FRANCIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mme Sylvie Alvarez
Ambassadrice
Observatrice permanente de la France près de
l'Organisation des États Américains
Washington, D.C.

Delegate – Delegado

Mme Michèle Ooms
Chargée de Mission
Santé publique au Ministère des Affaires étrangères
Paris

Alternate – Alterno

Mme Marie-Anne Courrian
Observatrice permanente adjointe de la France près de
l'Organisation des États Américains
Washington, D.C.

GRENADA
GRANADA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Denis G. Antoine
Ambassador, Permanent Representative of Grenada to the
Organization of American States
Washington, D.C.

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

GRENADA (*cont.*)

GRANADA (*cont.*)

Delegates – Delegados

Mr. Dave Duncan
Medical Health Officer
Ministry of Health and the Environment
St. George's

Ms. Ann D. George
Embassy of Grenada to the United Nations
New York

GUATEMALA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Mario Bolaños Duarte
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

Delegates – Delegados

Dr. Arturo Duarte Ortiz
Embajador
Misión Permanente de Guatemala ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Dr. Israel Lemus Bojorquez
Director General del Sistema Integral de Salud
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

GUATEMALA (*cont.*)

Alternate – Alterno

Sr. Carlos Enrique Chopén Choc
Primer Secretario
Misión Permanente de Guatemala ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

GUYANA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Leslie Ramsammy
Minister of Health
Ministry of Health and Labour
Georgetown

Delegates – Delegados

Dr. Odeen Ishmael
Ambassador to the United States of America and
Permanent Representative of Guyana to the
Organization of American States
Washington, D.C.

HAITI
HAÍTÍ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr Henri-Claude Voltaire
Ministre de la Santé publique et de la Population
Ministère de la Santé publique et de la Population
Port-au-Prince

MEMBER STATES (cont.)
ESTADOS MIEMBROS (cont.)

HAITI (cont.)

HAÏTÍ (cont.)

Delegate – Delegado

Dr Claude Surena
Directeur du Cabinet
Ministère de la Santé publique et de la Population
Port-au-Prince

HONDURAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Lic. Elías Lizardo Zelaya
Secretario de Salud
Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
Tegucigalpa

Delegates – Delegados

Dr. Humberto Consenza Jiménez
Secretario Ejecutivo de Cooperación Externa
Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
Tegucigalpa

Sr. Salvador Rodezno
Embajador
Representante Permanente de Honduras ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES (cont.)
ESTADOS MIEMBROS (cont.)

JAMAICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Barrington Wint
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Kingston

Delegates – Delegados

Dr. Karen Lewis-Bell
Director, Family Health Services
Ministry of Health
Kingston

Ms. Delrose E. Montague
Minister
Alternate Representative
Permanent Mission of Jamaica to the
Organization of American States
Washington, D.C.

MEXICO
MÉXICO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Julio Frenk Mora
Secretario de Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

MEMBER STATES (cont.)
ESTADOS MIEMBROS (cont.)

MEXICO (cont.)
MÉXICO (cont.)

Delegates – Delegados

Dr. Jaime Sepúlveda Amor
Director General
Instituto Nacional de Salud Pública
México, D.F.

Sr. Miguel Ruiz-Cabañas
Embajador
Representante Permanente de México
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

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

Dra. Blanca Rico Galindo
Coordinadora del Programa Mujer y Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Hilda Dávila Chávez
Directora de Asuntos Bilaterales y Regionales Americanos
Secretaría de Salud
México, D.F.

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

MEXICO (*cont.*)
MÉXICO (*cont.*)

Alternates – Alternos (*cont.*)

Sr. Ernesto Campos Tenorio
Ministro, Representante Alterno
Misión Permanente de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Lic. Manuel Herrera Rábago
Misión Permanente de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Lic. Juan Sandoval
Misión Permanente de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Lic. Marcelina Cruz
Misión Permanente de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Ing. Flavio González
Misión Permanente de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES (cont.)
ESTADOS MIEMBROS (cont.)

NETHERLANDS
PAÍSES BAJOS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mrs. Islelly Pikerie
Minister of Health and Social Development
Curaçao

Delegates – Delegados

Mr. Keith Carlo
Director
Department of Social Development
Curaçao

Dr. Bernard Whiteman
Director
Department of Public Health
Curaçao

Alternate – Alterno

Mr. Ronald Antonius
Advisor to the Minister
Department of Public Health
Curaçao

NICARAGUA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Leandro Marín Abaunza
Embajador
Representante Permanente de Nicaragua ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES (cont.)
ESTADOS MIEMBROS (cont.)

NICARAGUA (cont.)

Delegates – Delegados

Sr. Carlos A. Gómez
Ministro Consejero
Misión Permanente de Nicaragua ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Carmen Marina Gutiérrez Salazar
Ministro Consejero
Misión Permanente de Nicaragua ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

PANAMA
PANAMÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Fernando Gracia García
Ministro de Salud
Ministerio Nacional de Salud
Ciudad de Panamá

Delegates – Delegados

Sr. Raúl de Saint Malo
Director Nacional de Asuntos Internacionales
Ministerio Nacional de Salud
Ciudad de Panamá

Lic. Claudia Guerrero
Subdirectora Nacional de Asuntos Internacionales
Ministerio Nacional de Salud
Ciudad de Panamá

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

PARAGUAY

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Martín Antonio Chiola Villagra
Ministro de Salud Pública y Bienestar Social
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Asunción

Delegates – Delegados

Sr. Luis Enrique Chase Plate
Embajador
Representante Permanente del Paraguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Elisa Ruíz Díaz
Ministra
Representante Alterna del Paraguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Sr. Alvaro Díaz de Vivar
Segundo Secretario
Representante Alterno del Paraguay
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Dr. Roberto E. Dullak Peña
Director General de Planificación y Evaluación
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Asunción

MEMBER STATES (cont.)
ESTADOS MIEMBROS (cont.)

PERU
PERÚ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Fernando Carbone Campoverde
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Lima

Delegates – Delegados

Sr. Eduardo Ferrero Costa
Embajador
Representante Permanente del Perú ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Dr. Luis Canales Cárdenas
Director General
Oficina de Financiamiento, Inversiones y Cooperación Externa
Ministerio de Salud
Lima

Alternate – Alterno

Sr. Jorge Wurst
Consejero
Representante Alterno del Perú ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

SAINT KITTS AND NEVIS
SAINT KITTS Y NEVIS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Earl Martin
Minister of Health and Environment
Ministry of Health and Environment
Basseterre

Delegate – Delegado

Ms. Jasmine Huggins
Counselor
Alternate Representative of Saint Kitts and Nevis
to the Organization of American States
Washington, D.C.

SAINT LUCIA
SANTA LUCÍA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Damian Greaves
Minister of Health, Human Services, and Family Affairs
Ministry of Health, Human Services, and Family Affairs
Castries

Delegates – Delegados

Ms. Sonia M. Johnny
Ambassador
Permanent Representative of Saint Lucia to the
Organization of American States
Washington, D.C.

MEMBER STATES (cont.)
ESTADOS MIEMBROS (cont.)

SAINT LUCIA (cont.)
SANTA LUCÍA (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Mr. Albert Preville
Vice-Consul
Permanent Mission of Saint Lucia to the
Organization of American States
Washington, D.C.

SAINT VINCENT AND THE GRENADINES
SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Ellsworth John
Ambassador
Permanent Representative of Saint Vincent and the Grenadines
to the Organization of American States
Washington, D.C.

SURINAME

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Rinia Codfried-Kranenburg
Director of Health
Ministry of Health
Paramaribo

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

TRINIDAD AND TOBAGO
TRINIDAD Y TABAGO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Hamid O'Brien
Permanent Secretary
Ministry of Health
Port-of-Spain

Delegate – Delegado

Dr. Pooran Ramlal
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Port-of-Spain

UNITED KINGDOM
REINO UNIDO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sir Liam Donaldson
Chief Medical Officer
Department of Health
London

Delegates – Delegados

Dr. Pat Troop
Deputy Chief Medical Officer
Department of Health
London

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

UNITED KINGDOM (*cont.*)
REINO UNIDO (*cont.*)

Delegates – Delegados (*cont.*)

Dr. Wendy Ann Thorne
Senior Public Health Advisor
Department of Health
London

Alternates – Alternos

Hon. Ethlyn Smith
Minister for Health and Welfare
Ministry of Health and Welfare
British Virgin Islands

Dr. Irad Potter
Director of Health Services
Ministry of Health and Welfare
British Virgin Islands

UNITED STATES OF AMERICA
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Tommy G. Thompson
Secretary of Health and Human Services
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

MEMBER STATES (cont.)
ESTADOS MIEMBROS (cont.)

UNITED STATES OF AMERICA (cont.)
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (cont.)

Delegates – Delegados

Hon. Claude A. Allen
Deputy Secretary
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Mr. R. Terrell Miller
Deputy Assistant Secretary
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Ms. Ann S. Blackwood
Director for Health Programs
Office of Technical and Specialized Agencies
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Mr. Robert B. Blair
Adviser for the Western Hemisphere and Africa
Office of International Health Affairs
Bureau of Oceans and International
Environmental and Scientific Affairs
Department of State
Washington, D.C.

MEMBER STATES (cont.)
ESTADOS MIEMBROS (cont.)

UNITED STATES OF AMERICA (cont.)
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. Stephen Blount
Associate Director
Office on Global Health
Centers for Disease Control and Prevention
Department of Health and Human Services
Atlanta, Georgia

Ms. Carol J. Dabbs
Population, Health, and Nutrition Team Leader
Office for Regional Sustainable Development
Bureau for Latin America and the Caribbean
Agency for International Development
Washington, D.C.

Ms. Virginia Gidi
International Health Officer
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

Ms. Lisa E. Jacobson
Program Analyst
Office of the United Nations System Administration
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Mr. William Steiger
Special Assistant to the Secretary for International Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

MEMBER STATES (cont.)
ESTADOS MIEMBROS (cont.)

UNITED STATES OF AMERICA (cont.)
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Ms. Mary Lou Valdez
Associate Director for Multilateral Affairs
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

Mr. Richard S. Walling
Director, Office of the Americas and Middle East
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

URUGUAY

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Alfonso Varela
Ministro de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

Delegate – Delegado

Dr. Carlos Salveraglio
Asesor del Ministro de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

MEMBER STATES (*cont.*)
ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

URUGUAY (*cont.*)

Alternates – Alternos

Sr. Jorge Sere
Ministro Consejero
Misión Permanente del Uruguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Dra. Beatriz Rivas
Directora de Cooperación Internacional
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

VENEZUELA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sr. Jorge Valero
Embajador
Representante Permanente de Venezuela ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Dr. Francisco Armada
Director General de Salud Ambiental y
Contraloría Sanitaria
Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Caracas

MEMBER STATES (cont.)
ESTADOS MIEMBROS (cont.)

VENEZUELA (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Dra. Luisa López
Viceministro de Salud y Desarrollo Social
Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Caracas

Alternates – Alternos

Sr. Marco Palavicini
Primer Secretario
Representante Alterno de Venezuela
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

**ASSOCIATE MEMBERS
MIEMBROS ASOCIADOS**

PUERTO RICO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Aida González Gregory
Subsecretaria de Salud
Departamento de Salud
San Juan

Delegate – Delegado

Dr. Raúl G. Castellanos Bran
Director
Oficina de Coordinación de OPS/OMS Puerto Rico
Departamento de Salud
San Juan

**OBSERVER STATES
ESTADOS OBSERVADORES**

**SPAIN
ESPAÑA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sra. Paloma Alonso Cuesta
Subdirectora General de Relaciones Internacionales
Ministerio de Sanidad y Consumo
Madrid

OBSERVER STATES (cont.)
ESTADOS OBSERVADORES (cont.)

SPAIN (cont.)
ESPAÑA (cont.)

Delegates – Delegados

Dra. María Luisa García Tuñón
Jefa del Servicio de Cooperación Internacional
Subdirección General de Relaciones Internacionales
Ministerio de Sanidad y Consumo
Madrid

Sr. Enrique Asorey Brey
Observador Permanente Adjunto
Misión Observadora Permanente de España ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

OBSERVER STATE TO THE REGIONAL COMMITTEE
ESTADO OBSERVADOR AL COMITÉ REGIONAL

EGYPT
EGIPTO

Prof. Ismail Sallam
Cairo

**REPRESENTATIVES OF THE EXECUTIVE COMMITTEE
REPRESENTANTES DEL COMITÉ EJECUTIVO**

Hon. Dr. Leslie Ramsammy
Minister of Health
Ministry of Health and Labour
Brickdam
Georgetown, Guyana

Dr. Alfonso Varela
Ministro de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Montevideo, Uruguay

**FORMER DIRECTORS OF PASB
EX DIRECTORES DE LA OSP**

Dr. Héctor R. Acuña
México

Dr. Carlyle Guerra de Macedo
Brasil

**AWARD WINNERS
GANADORES DE LOS PREMIOS**

**PAHO Award for Administration, 2002
Premio OPS en Administración, 2002**

Dr. Hugo Mendoza
República Dominicana

**Abraham Horwitz Award for Inter-American Health, 2002
Premio Abraham Horwitz en Salud Interamericana, 2002**

Prof. Leonard Duhl
United States of America

**Manuel Velasco Suárez Bioethics Award
Premio de Bioética Manuel Velasco Suárez**

Dr. Deborah Diniz
Brasil

**UNITED NATIONS AND SPECIALIZED AGENCIES
NACIONES UNIDAS Y AGENCIAS ESPECIALIZADAS**

**International Labour Organization
Organización Internacional del Trabajo**

Mr. Emmanuel Reynaud
Mr. Cristian Baeza
Mr. Pedro Francisco Crocco

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

Dr. Osvaldo Legón

**REPRESENTATIVES OF INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES INTERGUBERNAMENTALES**

**Caribbean Community
Comunidad del Caribe**

Dr. James St. Catherine
Mr. Carl F. Browne

**Hipólito Unanue Agreement
Convenio Hipólito Unanue**

Dr. Mauricio Bustamante

REPRESENTATIVES OF INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS (cont.)
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES INTERGUBERNAMENTALES (cont.)

Inter-American Development Bank
Banco Interamericano de Desarrollo

Sr. Alfredo Solari

Organization of American States
Organización de Estados Americanos

Mr. Paul Spencer

The World Bank
Banco Mundial

Ms. Evangeline Javier
Mr. Patricio V. Márquez
Ms. María Colchao
Ms. Isabella Danel

**REPRESENTATIVES OF NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES**

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

Mr. Horst Otterstetter
Mr. Luiz Augusto de Lima Pontes

**International Association for Adolescent Health
Asociación Internacional de Salud de los Adolescentes**

Dr. Richard Brown

**International Association for Dental Research
Asociación Internacional para Investigación Dental**

Ms. Alice Horowitz

**International College of Surgeons
Colegio Internacional de Cirujanos**

Dr. Masao S. Yu

**International Confederation of Midwives
Confederación Internacional de Parteras**

Ms. Gwen Brumbaugh Keeney

**International Federation of Gynecology and Obstetrics
Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia**

Ms. Janet Chapin

REPRESENTATIVES OF NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS (cont.)
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES (cont.)

International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations
Federación Internacional de la Industria del Medicamento

Ms. Susan Crowley

International Hospital Federation
Federación Internacional de Hospitales

Ms. Pamela Thompson

International Pharmaceutical Federation
Federación Internacional Farmacéutica

Dr. Rodrigo Salas Sánchez

International Society of Doctors for the Environment
Asociación Internacional de Médicos para el Medio Ambiente

Dr. Lilian Corra
Dr. Cathey Falvo

International Society of Nurses in Cancer Care
Asociación Internacional de Enfermeras en Cancerología

Ms. Vernice Ferguson

Latin American Association of the Pharmaceutical Industry
Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas

Dr. Rubén Abete

REPRESENTATIVES OF NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS (cont.)
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES (cont.)

Latin American Confederation of Clinical Biochemistry
Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica

Lic. Maritza Flores
Lic. Elba Suarez de Vargas

Latin American Federation of Hospitals
Federación Latinoamericana de Hospitales

Dr. Norberto Larroca
Dr. Héctor Vazzano

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

Ms. Hilda Abreu
Dr. Sergio González

March of Dimes

Dr. Mary-Elizabeth Reeve

Medical Women's International Association
Asociación Internacional de Mujeres Médicas

Dr. Roselyn Epps

Pan American Federation of Nursing Professionals
Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería

Ms. Eucléa Gomes Vale

REPRESENTATIVES OF NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS (cont.)
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES (cont.)

The National Alliance for Hispanic Health
La Alianza Nacional para la Salud Hispana

Ms. Jeannie Suárez-Reyes

United States Pharmacopeia

Dr. Enrique Fefer
Ms. Jennifer Devine

World Association for Psychosocial Rehabilitation
Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial

Dr. Anne Alexander Marshall

World Association for Sexology
Asociación Mundial de Sexología

Dr. Eli Coleman

World Federation of Public Health Associations
Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública

Dr. Allen Jones

World Self-Medication Industry
Industria Mundial de la Automedicación Responsable

Lic. Héctor Bolaños

**WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

Dr. Gro Harlem Brundtland
Director-General
Geneva

Mr. Denis Aitken
Chef de Cabinet
Geneva

Mr. Jon Liden
Communications Advisor
Geneva

Dr. Christopher Murray
Executive Director
Evidence and Information for Policy
Geneva

Dr. Nelle Temple Brown
External Relations Officer
Washington, D.C.

**PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

**Director and Secretary ex officio of the Conference
Director y Secretario ex officio de la Conferencia**

Dr. George A. O. Alleyne
Director

**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. María Teresa Cerqueira
Director, Division of Health Promotion and Protection
Directora, División de Promoción y Protección de la Salud

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

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (cont.)
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (cont.)

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

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

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

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

Mr. Philip MacMillan
Chief, Department of Personnel
Jefe, Departamento de Personal

Mr. Mark Matthews
Chief, Department of Budget and Finance
Jefe, Departamento de Presupuesto y Finanzas

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

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION *(cont.)*
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD *(cont.)*

Legal Counsel
Asesora Jurídica

Dr. Heidi V. Jiménez

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

Mr. Emilio del Campo

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

Ms. Rosa Irene Otero

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the
WORLD HEALTH ORGANIZATION
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, U.S.A.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.

