



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



124.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., 21 al 25 de junio de 1999

CE124/FR (Esp.)
24 junio 1999
ORIGINAL: INGLÉS

INFORME FINAL

ÍNDICE

Página

Apertura de la sesión	5
Mesa Directiva	5
Adopción del orden del día y del programa de reuniones	5
Informes de comités y subcomités	6
Informe del Subcomité de Planificación y Programación	6
Informe del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo	7
Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 1999.....	9
Asuntos relativos a la política de los programas	9
Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio económico 2000-2001	9
Control del consumo de tabaco en las Américas	18
Preparativos para situaciones de emergencia y coordinación del socorro en casos de desastre: Respuesta de la OPS a los huracanes Georges y Mitch	21
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas.....	24
Vacunas e inmunización	26
Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI).....	29
Contaminantes orgánicos persistentes	32
Fortalecimiento de los bancos de sangre en la Región de las Américas.....	35
Seguimiento y evaluación de los procesos de reforma del sector de la salud	38
Salud de los trabajadores en la Región de las Américas.....	41
Enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes y resistencia a los antimicrobianos	44
Informe sobre la XI Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial.....	47
Presentación especial sobre el problema del año 2000 en el sector de la salud	49
Asuntos relativos a la Constitución	50
Modificaciones propuestas a la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud	50

ÍNDICE (cont.)

Página

Asuntos administrativos y financieros	51
Informe sobre las recaudaciones de las cuotas	51
Informe financiero parcial del Director para 1998	52
Edificios e instalaciones de la OPS	55
Asuntos de personal	56
Modificaciones al reglamento del personal de la OSP	56
Intervención por la representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS	56
Asuntos de información general	58
Resoluciones y otras acciones de la 52. ^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS	58
Asuntos relativos al Reglamento	60
Representación del Comité Ejecutivo 41. ^{er} Consejo Directivo, 51. ^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas	60
Orden del día provisional del 41. ^{er} Consejo Directivo, 51. ^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas	60
Otros asuntos	60
Clausura de la sesión	61
Resoluciones y decisiones	61
Resoluciones	61
CE124.R1: Recaudación de las cuotas.....	61
CE124.R2: Huracanes Georges y Mitch	62
CE124.R3: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas	64
CE124.R4: Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI)	65
CE124.R5: Contaminantes orgánicos persistentes.....	67
CE124.R6: Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio económico 2000-2001.....	70

ÍNDICE (cont.)

Página

Resoluciones (cont.)

CE124.R7:	Fortalecimiento de los bancos de sangre en la Región de las Américas.....	71
CE124.R8:	Seguimiento y evaluación de los procesos de reforma del sector de la salud.....	72
CE124.R9:	Salud de los trabajadores	74
CE124.R10:	Premio OPS en Administración, 1999.....	76
CE124.R11:	Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	76
CE124.R12:	Vacunas e inmunización.....	77
CE124.R13:	Enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes y resistencia a los antimicrobianos	79
CE124.R14:	Orden del día provisional del 41. ^{er} Consejo Directivo de la OPS, 51. ^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.....	81

Decisiones 82

CE124(D1):	Adopción del orden del día	82
CE124(D2):	Representación del comité ejecutivo en el 41. ^{er} Consejo Directivo de la OPS, 51. ^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.....	82
CE124(D3):	Informe del Subcomité de Planificación y Programación.....	82
CE124(D4):	Informe del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo.....	82
CE124(D5):	Modificaciones propuestas a la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud.....	83
CE124(D6):	Informe financiero parcial del Director para 1998.....	83
CE124(D7):	Edificios e instalaciones de la OPS.....	83
CE124(D8):	Control del consumo de tabaco en las Américas.....	83
CE124(D9):	Informe de la XI Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial.....	84
CE124(D10):	Intervención de la representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS	84
CE124(D11):	Resoluciones y otras acciones de la 51. ^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS.....	84

Anexos

Anexo A.	Orden del día
Anexo B.	Lista de documentos
Anexo C.	Lista de participantes

INFORME FINAL

Apertura de la sesión

La 124.^a sesión del Comité Ejecutivo se celebró en la sede de la Organización Panamericana de la Salud del 21 al 24 de junio de 1999. Contó con la asistencia de delegados de los nueve Miembros del Comité Ejecutivo: Antigua y Barbuda, Colombia, Cuba, Ecuador, Estados Unidos de América, México, Nicaragua, Panamá y Paraguay. Concurrieron en calidad de observadores delegados de los siguientes Estados Miembros: Canadá, Francia, Jamaica, Perú y Uruguay. Además, estuvieron representadas dos organizaciones intergubernamentales y cinco organizaciones no gubernamentales.

El Dr. Edgar Rodas (Ecuador, Presidente del Comité Ejecutivo) inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes.

Sir George Alleyne (Director, Oficina Sanitaria Panamericana) también dio la bienvenida a los participantes, en particular a los observadores, cuya presencia calificó de clara señal de su interés en el trabajo de la Organización. La participación de tantos Estados Miembros en las reuniones de los Cuerpos Directivos era especialmente satisfactoria para el personal de la Oficina, pues dichas reuniones representaban los puntos culminantes del año.

Mesa Directiva

Los Miembros que habían sido elegidos para desempeñar un cargo en la 123.^a sesión del Comité siguieron desempeñándolo en la 124.^a sesión. En consecuencia, la Mesa Directiva quedó integrada de la siguiente forma:

<i>Presidente:</i>	Ecuador	(Dr. Edgar Rodas)
<i>Vicepresidente:</i>	Colombia	(Dr. Carlos Paredes Gómez)
<i>Relator:</i>	Antigua y Barbuda	(Dr. Carlos Mulraine)

Adopción del orden del día y del programa de reuniones (documentos CE124/1, Rev. 1, y CE124/WP/1)

El Dr. David Brandling-Bennett (Director Adjunto, OSP) señaló que, como no se había recibido ninguna solicitud de organizaciones no gubernamentales que aspirasen a establecer relaciones oficiales con la OPS, no habría informe del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales (punto 3.4 del orden del día provisional). En

consecuencia, ese punto no se incluiría en el orden del día. El Comité adoptó el orden del día provisional, con la modificación señalada, y el programa de reuniones preparado por la Secretaría (decisión CE124[D1]).

Informes de comités y subcomités

Informe del Subcomité de Planificación y Programación (documento CE124/5)

El informe sobre la 31.^a y la 32.^a sesiones del Subcomité de Planificación y Programación fue presentado por el Dr. Edgar Rodas en representación del Gobierno del Ecuador, que había sido elegido para la Presidencia del Subcomité en la 31.^a sesión. En las dos sesiones, el Subcomité había tratado nueve puntos que posteriormente se incluyeron en el orden del día de la 124.^a sesión del Comité Ejecutivo, a saber: proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio económico 2000-2001; control del consumo de tabaco en las Américas; respuesta de la OPS al huracán Mitch; atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia; contaminantes orgánicos persistentes; fortalecimiento de los bancos de sangre en la Región de las Américas; seguimiento y evaluación de los procesos de reforma del sector de la Salud; salud de los trabajadores en la Región de las Américas; y resistencia a los antimicrobianos y enfermedades emergentes y reemergentes. Las observaciones y recomendaciones del Subcomité sobre estos temas se tuvieron en cuenta al revisar los documentos para el Comité Ejecutivo y se reflejan en las ponencias y el debate de los puntos del orden del día respectivos que se recogen en el presente informe.

El Subcomité también consideró los siguientes puntos, que no se remitieron al Comité Ejecutivo: la violencia contra la mujer en las Américas; Programa de Becas de la Organización Panamericana de la Salud; evaluación de la cooperación técnica de la OPS en la Argentina; programas de garantía de la calidad en la atención de salud; Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción; la salud en los procesos de las Cumbres; la salud y su contribución al alivio de la pobreza; y sistemas de información geográfica en salud. En los informes finales de la 31.^a y la 32.^a sesiones del Subcomité (documentos SPP31/FR y SPP32/FR) pueden hallarse resúmenes de las ponencias y los debates sobre los temas antedichos.

En el debate que siguió al informe, se señaló a la atención del Comité el tema de la salud y su contribución al alivio de la pobreza. Los Miembros que habían estado presentes en las reuniones del Subcomité señalaron que este había recalcado la relación entre la pobreza y la salud no solo en su debate de ese tema, sino también en relación con los puntos sobre la reforma sectorial y la salud de los trabajadores. Se recalcó la importancia de invertir en salud como un medio de reducir la pobreza. A este respecto, se aplaudieron los esfuerzos de la OPS para destacar los vínculos entre la salud y la pobreza

y promover las inversiones en salud por el Banco Mundial y otras instituciones financieras, y se alentó a la Organización a que prosiguiera dichos esfuerzos.

El Director respondió que estaba muy comprometido en demostrar la vinculación entre la salud, el gasto sanitario y el crecimiento y desarrollo económicos. En colaboración con diversas instituciones multilaterales, la Organización había compilado datos muy convincentes que mostraban una correlación fuerte entre la inversión en salud y el crecimiento económico. La OPS y el Banco Interamericano de Desarrollo se proponían copatrocinar una reunión de los ministros de salud y de hacienda para presentarles dichos datos y demostrar de esta manera que la inversión en salud era buena no solo por razones humanitarias y sociales, sino también por sólidas razones económicas.

El Comité tomó nota del informe, expresó su gratitud al Subcomité por su trabajo y agradeció al Presidente el haber presentado una relación cabal de las deliberaciones del Subcomité (decisión CE124[D3]).

Informe del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo (documento CE124/6)

La Dra. Marijke Velzeboer Salcedo (Coordinadora, Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo) presentó el informe sobre la 18.^a sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, que se había celebrado en febrero de 1999. Empezó por señalar que la finalidad del Subcomité era asesorar al Comité Ejecutivo en las cuestiones relativas a la equidad entre los sexos. La equidad entre los sexos en la reforma del sector de la salud había sido el tema general de la 18.^a sesión y también había sido el centro principal de atención del Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo durante los dos años transcurridos desde la 17.^a sesión del Subcomité, celebrada en 1997. En la 18.^a sesión, además del informe del Programa, el Subcomité había escuchado y analizado ponencias de funcionarios de la OPS y de diversos miembros del Subcomité acerca de las iniciativas para abordar las inequidades por razón de sexo, incluida la violencia por razón de género, mediante políticas e iniciativas de reforma del sector sanitario en diversos países de la Región.

El Subcomité había identificado varias áreas en las cuales las mujeres se enfrentaban con inequidades en el sector de la salud, sobre todo, en el acceso a los servicios sanitarios y su poder de decisión frente a estos, en su contribución al desarrollo sanitario y los beneficios que derivaban de este, en las cantidades que pagaban por la atención de salud y en su participación en la toma de decisiones acerca de la reforma sectorial. Se había señalado que, en algunos casos, las reformas en realidad habían exacerbado las inequidades. Por ejemplo, los recortes presupuestarios y la descentralización habían dado lugar a un aumento de la cantidad de atención que se prestaba en el hogar, lo cual había aumentado la carga de las mujeres. En algunos casos,

las reformas en el financiamiento sanitario se habían traducido en un menor acceso a los servicios y en mayores costos de atención de salud reproductiva y preventiva para las mujeres.

El Subcomité había subrayado la necesidad del desglose de los datos de salud por sexo, el análisis de la situación sanitaria con una perspectiva de género e indicadores sanitarios que tuviesen en cuenta el concepto de género para identificar las inequidades por razón de sexo y vigilar la repercusión de las medidas adoptadas con motivo de las reformas sectoriales en la salud de las mujeres. Además, había solicitado la elaboración de indicadores que revelasen el valor económico del trabajo no remunerado de las mujeres en el sector sanitario y la incorporación de esa información en los sistemas de cuentas sanitarias nacionales. También había recalcado la necesidad de incluir a las mujeres en la toma de decisiones y hacerlas copartícipes activas en los procesos de reforma de la asistencia sanitaria.

El Subcomité había adoptado una serie de recomendaciones para los Estados Miembros y para la OPS encaminadas a lograr que las medidas aplicadas en el marco de la reforma sanitaria ayudasen a rectificar, no empeorar, las inequidades por razón de sexo. Dichas recomendaciones, junto con una relación más detallada de las deliberaciones del Subcomité, aparecen en el informe final de la 18.^a sesión (documento MSD18/FR). Se pidió al Comité Ejecutivo que considerase las recomendaciones y las respaldase.

El Director dijo que la Secretaría haría todo lo posible para implantar las recomendaciones que eran pertinentes a la Organización. La OPS ya estaba actuando para proporcionar datos desglosados como un medio de identificar las inequidades, cosa que era imprescindible para remediarlas. La Organización también estaba estudiando el problema complejo de la manera como las transacciones informales, como la atención de salud gratuita proporcionada por las mujeres, podrían reflejarse en las cuentas sanitarias nacionales.

Alentó a los delegados a que promovieran el debate de las recomendaciones en sus países respectivos y a que procurasen incorporarlas en sus políticas y prácticas, especialmente como parte de la reforma del sector sanitario. En particular, esperaba que los países que estaban buscando financiamiento de instituciones multilaterales para dicha reforma y para las iniciativas de mitigación de la pobreza hicieran todo lo posible para velar por que las condiciones bajo las cuales se concediese dicho financiamiento y la manera como se utilizase no fuese discriminatorio contra las mujeres, quienes constituían la mayoría entre los pobres. Si bien había algunos ejemplos notables de las medidas adoptadas por los países de la Región para abordar las inequidades que afrontaban las mujeres en el acceso a la atención de alta calidad —en particular, hacía poco que Ecuador había sancionado una ley sobre la prestación gratuita de atención de salud reproductiva

para todas las mujeres—, en general le parecía que no se estaba haciendo lo suficiente a nivel nacional. El Director tenía previsto enviar cartas a todos los ministros de salud de la Región para informarles de las recomendaciones del Subcomité e instarlos a que las aplicasen.

El Comité Ejecutivo tomó nota del informe del Subcomité e hizo suyas las recomendaciones (decisión CE124[D4]).

Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 1999 (documentos CE124/7 y CE124/7, Add. I)

La Dra. Martha McCoy (Nicaragua) informó que el Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 1999, integrado por Cuba, Nicaragua y Estados Unidos de América, se había reunido el 22 de junio de 1999 y, después de un debate extenso, había decidido otorgar el premio a la Dra. Ana Flisser Steinbruch, de México, por su trabajo para transformar la red de laboratorios de salud pública en su país con la finalidad de dar apoyo a los programas de salud prioritarios.

El Jurado también había examinado el proceso de selección y había recomendado varios cambios encaminados a facilitar en el futuro la consideración de los méritos de los candidatos. Dichos cambios se describen en el informe del Jurado (documento CE124/7, Add. I).

El Delegado de México agradeció al Comité que hubiese seleccionado a la Dra. Flisser para otorgarle el Premio OPS en Administración, 1999. Su delegación consideraba que ella había efectuado una contribución sobresaliente a la salud pública y por ello era merecedora de esa distinción.

El Comité Ejecutivo hizo suya la decisión del Jurado y aprobó los cambios propuestos en el proceso de selección (resolución CE124.R10).

Asuntos relativos a la política de los programas

Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio económico 2000-2001 (Documento oficial 290 y documento CE124/9)

El Director empezó la exposición de este punto del orden del día y recalcó que el documento que se presentaba al Comité contenía tanto el programa que la Organización se proponía llevar a cabo durante el próximo bienio como el presupuesto necesario para realizar las actividades propuestas. El programa se había elaborado sobre la base de las tres reglas básicas que la OPS usaba al planificar su cooperación técnica, a saber: primero, la determinación de las prioridades de salud nacionales; segundo, la

determinación de las prioridades para la cooperación técnica; y, por último, la determinación de las prioridades para la cooperación técnica que podrían ser abordadas eficazmente por la Organización.

Para el período 2000-2001, los principios en que se apoyaría el programa de la Organización serían los mismos que formaban la base de las orientaciones estratégicas y programáticas (OEP) aprobadas en 1998 por la Conferencia Sanitaria Panamericana, en particular la equidad y el panamericanismo. Obviamente, la capacidad de la OPS de llevar a cabo su programa de cooperación técnica se vería influida por factores del contexto político, económico, social e institucional, algunos de los cuales se trataban en la introducción del documento. Con respecto al contexto económico, expresó su satisfacción de que no hubiese ocurrido el derrumbamiento económico que se había anunciado. Por el contrario, muchos países de la Región habían experimentado un crecimiento económico. Es más, la mayoría de los Estados Miembros de la OPS habían aumentado su gasto sanitario. Aunque había amplias diferencias en el nivel de ese gasto, la tendencia general a prestar cada vez más atención a la salud era una señal muy positiva. En la esfera política, también, era sumamente alentador el apoyo firme expresado en las diversas cumbres continentales en el sentido de prestar mayor atención a los temas de salud. El grado en que sería posible presentar resultados positivos de las iniciativas de salud aprobadas por los jefes de Estado y de gobierno dependería en gran medida del trabajo que se llevase a cabo en los países. La Organización esperaba que el programa que iba a implantar y el presupuesto aprobado por los Estados Miembros permitirían dar a conocer progresos sustanciales en la próxima Cumbre de las Américas, en 2001.

El programa propuesto reflejaba los cambios funcionales y estructurales que se habían efectuado en la Oficina para abordar la situación demográfica y sanitaria en transición que estaba experimentando la Región, así como las prioridades determinadas por los países e incorporadas en las OEP. Como en bienios anteriores, el documento planteaba los resultados que la Organización esperaba lograr, agrupados bajo diversas categorías. Se invitaba al Comité Ejecutivo a que formulara observaciones sobre la idoneidad de esa nomenclatura de los resultados.

El Director dijo que le satisfacía informar que un facilitador del cambio nombrado por la Directora General de la OMS había visitado recientemente la sede de la OPS y se había mostrado muy complacido con el enfoque previsor de la Organización con respecto al cambio y con su transparencia administrativa y fiscal. La Secretaría proseguiría sus esfuerzos por aumentar la eficiencia operativa y mejorar la dirección de personal con miras a destinar más fondos a la cooperación técnica con los países. No obstante, a pesar de esos esfuerzos y de muchas reducciones de puestos en años recientes, había sido necesario reducir la cantidad asignada a los programas en el proyecto de presupuesto para 2000-2001. Nunca, en su carrera de 18 años con la OPS, un proyecto de presupuesto

había tenido que hacer reducciones en los programas, y por ello le resultaba penoso presentar tal proyecto en esa oportunidad.

El Director exhortó a los delegados a que se preguntaran, a medida que fuesen escuchando las ponencias sobre el programa de cooperación técnica y cuando consideraran el proyecto de presupuesto, si estaban satisfechos con la cooperación técnica de la Organización, con sus esfuerzos para responder a las necesidades de los países y con las medidas que había tomado para aumentar su eficiencia. Si estaban satisfechos y si aprobaban el programa, entonces el siguiente paso lógico sería aprobar el presupuesto necesario para ejecutar ese programa.

A continuación, el Comité Ejecutivo escuchó las ponencias del Dr. Ciro de Quadros (Director, División de Vacunas e Inmunización), el Dr. Juan Antonio Casas (Director, División de Salud y Desarrollo Humano), el Dr. Daniel López Acuña (Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud), el Dr. José Antonio Solís (División de Promoción y Protección de la Salud), el Sr. Horst Otterstetter (Director, División de Salud y Ambiente), el Dr. Stephen Corber (Director, División de Prevención y Control de Enfermedades) y el Dr. Carlos Castillo Salgado (Jefe, Programa Especial de Análisis de Salud). Apoyándose en la proyección de diapositivas, cada uno hizo un resumen del trabajo de su división o programa, señalando los principales objetivos que lo habían guiado y los resultados logrados durante el bienio 1998-1999. También mencionaron los retos principales que aún faltaba superar, los resultados previstos, las estrategias de cooperación técnica y las asignaciones del presupuesto ordinario así como el financiamiento extrapresupuestario previsto para el bienio 2000-2001.¹

El Sr. Román Sotela (Jefe, Sección de Presupuesto) reseñó las características principales del proyecto de presupuesto para el bienio 2000-2001. El monto de dicho proyecto era de \$256.245.000,² el cual reflejaba un aumento de 2% con relación al bienio 1998-1999, o sea, un aumento anual de 1%. La porción del proyecto correspondiente a la OMS, que había sido aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1999, ascendía a \$77.725.000. Esa cifra era de \$4,9 millones, o sea, 6% menor que la de \$82,6 millones correspondiente a 1998-1999, debido a los cambios en el método aplicado por la OMS para asignar los fondos a las diversas regiones. La Asamblea de la Salud también había aprobado el uso de \$15 millones provenientes de los ingresos ocasionales

¹ El *Documento oficial 290* contiene información detallada sobre el programa propuesto para 2000-2001. La Oficina Sanitaria Panamericana proporcionará a quien las solicite copias de las diapositivas presentadas por cada ponente, que incluyen información más específica sobre la cooperación técnica en las diversas áreas programáticas.

² A menos que se indique otra cosa, en el presente informe todas las cantidades de dinero se expresan en dólares de los Estados Unidos.

para los programas de alta prioridad; sin embargo, no se sabía si alguna parte de esa suma se asignaría a la Región de las Américas.

La porción del proyecto de presupuesto correspondiente a la OPS era de \$178.520.000, que reflejaba un aumento de 5,9% para el bienio, o 2,95% anual. Esta porción sería financiada por \$165.020.000 en concepto de cuotas —es decir, un aumento de 5,2% para el bienio o 2,6% anual— y \$13.500.000 en concepto de ingresos varios previstos, o sea, un aumento de 15,4% sobre el nivel de 1998-1999. El aumento de 2% del presupuesto combinado de la OPS y la OMS representaba el resultado neto del aumento obligatorio de 4,4% en los costos de los puestos y la reducción de 2,4% en los programas. Sin embargo, ese aumento total no tenía en cuenta los costos inflacionarios y los costos distintos de los puestos, que se calculaba ascenderían a \$3,7 millones. Dichos costos no se habían incluido en el proyecto de presupuesto para mantener el aumento general dentro de un margen razonable, pero tendrían que ser absorbidos por la OPS, lo cual significaría una reducción adicional de 1,4% en los programas.

El Sr. Sotela concluyó su intervención proyectando una serie de diapositivas que ilustraban la tendencia en el presupuesto ordinario de la OPS/OMS durante los últimos años. Señaló que desde el bienio 1980-1981 se habían eliminado 372 puestos, lo cual se había traducido en una reducción de 30% de la fuerza laboral financiada por el presupuesto ordinario. Esa reducción había sido necesaria para mantener una relación constante entre los costos de los puestos y los de otro tipo ante la disminución constante, en términos reales, de los presupuestos para los seis bienios anteriores. Aunque la Organización había podido mantener un crecimiento real cero en los bienios 1988-1989 y 1990-1991, en los cuatro bienios siguientes había experimentado una reducción de programas de 16,6% en términos reales.

El debate subsiguiente del Comité se centró primero en el programa propuesto de cooperación técnica y luego en el monto del proyecto de presupuesto y la resolución que sería aprobada. En cuanto al programa, se señaló que estaba basado en las OEP, a las cuales se había llegado a mediante un proceso consultivo y consensual que había incluido a todos los países. También se señaló que la estructura general del presupuesto y su foco de interés seguían siendo esencialmente los mismos que en el bienio anterior porque los retos y las prioridades para la cooperación técnica no habían cambiado. Varios delegados citaron ejemplos concretos de la manera como el programa ponía de manifiesto los esfuerzos de la Organización por dar respuesta a las inquietudes individuales y colectivas de los países.

La mayoría de los delegados opinaron que el programa se había presentado de una manera clara y transparente que mostraba los objetivos que la OPS proseguiría y los resultados que esperaba lograr. El establecimiento de objetivos cuantificables se consideró esencial para fines de la evaluación. También se consideró muy importante

tener un proceso de evaluación institucionalizado para determinar qué programas eran eficaces, identificar y corregir los problemas y eliminar los programas que no dieran resultados satisfactorios. Sin embargo, algunos delegados opinaron que los objetivos y los resultados esperados, debido a la manera en que estaban formulados, no se prestarían fácilmente a la medición a fines del bienio. Señalaron que muchos de los objetivos se enunciaban en forma de resultados esperados, mientras que los resultados esperados parecían describir los insumos —como el establecimiento de redes, sistemas de vigilancia, planes o normas— en lugar de ganancias en salud o resultados de salud concretos.

Se plantearon varias preguntas en lo referente a la distribución de los fondos dentro del presupuesto. Se señaló que ni el documento acerca del presupuesto ni los diversos ponentes habían explicado la justificación del aumento de la asignación de los fondos a algunas áreas y su disminución en otras. En particular, se pidió a la Secretaría que aclarara por qué la asignación propuesta para administración y dirección general subiría sustancialmente, mientras que el financiamiento para varios programas de salud importantes descendería, si bien en cantidades relativamente pequeñas. También se pidió a la Secretaría que comentara si pretendía modificar la estructura del presupuesto de la OPS para armonizarla con la estructura del presupuesto de la OMS, que se había reconfigurado para reflejar los nueve grupos orgánicos programáticos creados por la Directora General, la Dra. Brundtland. Se señaló que otras oficinas regionales de la OMS se proponían modificar de igual manera sus estructuras orgánicas y presupuestos, y que la nueva estructura en la OMS había producido presuntamente ahorros sustanciales de costos y conducido a una mayor eficiencia.

En lo que se refiere al monto del presupuesto, una abrumadora mayoría de los Miembros del Comité expresó su apoyo al proyecto presentado por el Director. Diversos delegados subrayaron la necesidad de aumentar la inversión en salud, tanto en el ámbito nacional como en el internacional por intermedio de organismos internacionales como la OPS.

El Delegado de Antigua y Barbuda dijo que su delegación creía que los países de la Región estaban recibiendo un buen servicio de la Organización, que había sido muy sensible a las necesidades de sus Estados Miembros. Encomió al Director por la manera conservadora y sensata en que había administrado las finanzas de la Organización, y manifestó su apoyo al aumento propuesto del presupuesto.

El Delegado de Colombia dijo que, aunque su delegación se había opuesto inicialmente a cualquier aumento del presupuesto de la OPS porque ello implicaría un aumento de la cuota de su país, en un comunicado que había recibido del Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia, este declaraba que no tendría ninguna objeción en apoyar el aumento propuesto y deseaba fervorosamente que pudiese alcanzarse el

consenso en torno al proyecto de presupuesto. El Ministerio también había expresado su inquietud por el gran número de países en mora e invitaba cordialmente a todos los Estados Miembros a que cumplieran sus obligaciones de pago con la Organización.

El Delegado de Cuba dijo que su gobierno reconocía el cuidado que evidentemente se había puesto en preparar el proyecto de presupuesto y la eficiencia con la cual la OPS estaba realizando su trabajo bajo el liderazgo del Director. Su delegación opinaba que el apoyo al aumento propuesto representaba un voto de confianza para el Director y, por consiguiente, se complacía en apoyar el proyecto de presupuesto.

El Delegado del Ecuador señaló que la importancia de invertir en salud se había recalcado reiteradamente durante la sesión. Para aumentar esa inversión y —según las palabras de la Directora General de la OMS— convencer a los presidentes, los primeros ministros y los ministros de finanzas de que eran también ministros de salud, debía convencer igualmente a los miembros del sector sanitario de la importancia de un mayor gasto sanitario. Como un medio de demostrar esa convicción y en vista de que un crecimiento nominal cero significaría una reducción adicional de programas imprescindibles, su delegación creía que debía apoyarse el proyecto de presupuesto presentado por el Director.

El Delegado de México dijo que, a pesar de las dificultades económicas internas, su gobierno había aumentado el financiamiento del sector sanitario porque consideraba a la salud una de sus grandes prioridades. Su delegación estaba convencida de que la salud merecía atención especial, y por consiguiente apoyaba el aumento del proyecto de presupuesto. Si bien su delegación era respetuosa de otros puntos de vista, creía que el Director tenía motivos sólidos para solicitar el aumento y deseaba sumarse al voto de confianza para el Dr. Alleyne.

La Delegada de Nicaragua dijo que su delegación también deseaba expresar su confianza en el Director y su apoyo al proyecto de presupuesto. Sin embargo, a su gobierno le preocupaba la reducción de la cantidad asignada para la cooperación técnica con Nicaragua y pedía que la distribución de los fondos en el presupuesto se reexaminara con miras a aumentar esa asignación o, al menos, mantener la misma cantidad asignada en el bienio 1998-1999. Señaló que la situación sanitaria y económica ya precaria del país había empeorado como consecuencia del huracán Mitch, razón por la cual tendría aun mayor necesidad del apoyo de la Organización.

La Delegada de Panamá dijo que su delegación creía que era esencial apoyar el proyecto de presupuesto para permitirle a la OPS seguir prestando una cooperación técnica muy necesaria y fortalecer la capacidad de los países de mejorar la situación sanitaria de sus pueblos. Su delegación consideraba que el aumento propuesto era muy moderado; no representaba un aumento real, pues no era suficiente siquiera para cubrir

los costos inflacionarios, y sin duda no reflejaba la magnitud de las necesidades en la Región.

El Delegado del Paraguay dijo que su delegación creía que el proyecto de presupuesto debía considerarse en un espíritu de equidad, panamericanismo y hermandad entre todos los países de la Región. Como otros países, el Paraguay creía que era importante aumentar la inversión en salud. Su gobierno también consideraba crucial que se aportaran los recursos suficientes para mantener las ganancias en salud que se habían logrado en las Américas, especialmente considerando la tendencia de la mayoría de las organizaciones internacionales a canalizar más financiamiento a los países y las regiones menos desarrollados. Teniendo presente dichas consideraciones, el Paraguay apoyaba el aumento del presupuesto propuesto por el Director.

El Delegado de los Estados Unidos de América reiteró la oposición de su gobierno a cualquier crecimiento en el presupuesto de la OPS para 2000-2001 y su inquietud sobre la carga financiera que un aumento de las cuotas impondría en los países, muchos de los cuales estaban teniendo dificultades para pagar sus cuotas al nivel actual. Los Estados Unidos apoyaban firmemente la labor de la OPS y no querían que sus puntos de vista sobre el presupuesto se interpretaran como una crítica a la Organización o una falta de respeto para el Director. No obstante, la posición de su gobierno era que en los presupuestos de todos los organismos del sistema de las Naciones Unidas debía mantenerse el crecimiento nominal cero. El Departamento de Estado de los Estados Unidos, por medio de sus embajadas, se pondría en contacto con los ministerios de relaciones exteriores de los países de la Región para buscar su apoyo a esa posición. El orador le recordó al Comité que todas las delegaciones presentes habían apoyado el crecimiento nominal cero en los presupuestos de la Organización Mundial de la Salud y la Organización de los Estados Americanos, y que el propio Comité había aprobado una resolución en que expresaba su inquietud por el gran número de Estados Miembros que no habían efectuado ningún pago de sus cuotas de 1999. Su delegación solicitaba que el Director reexaminara el presupuesto con miras a identificar otras fuentes de financiamiento que pudiesen utilizarse para permitir que la Organización llevara a cabo sus programas pero evitando aumentos de cuotas y manteniendo un crecimiento nominal cero del presupuesto ordinario.

En respuesta a las observaciones del Comité acerca de la distribución de los fondos en el presupuesto, el Sr. Sotela explicó que el aumento de la asignación para administración y dirección general era atribuible al hecho de que todo el aumento propuesto del presupuesto se aplicaría a cubrir los aumentos obligatorios de los costos de los puestos. En las áreas como la administración y la dirección general, que requerían muchos puestos debido a los servicios que proporcionaban, los aumentos eran particularmente evidentes. En otras áreas, en cambio, era posible compensar el aumento de los costos relacionados con los puestos reduciendo los costos no asignados a puestos,

de tal manera que la asignación final a esas áreas cambiara muy poco. El Director agregó que el aumento no debía interpretarse como un signo de que la Organización estaba gastando una mayor proporción de sus recursos en apoyo administrativo; por el contrario, se habían eliminado puestos en esa área, pero los costos relacionados con los puestos habían seguido aumentando y tenían que absorberse.

En respuesta a la Delegada de Nicaragua, el Director dijo que la Secretaría era profundamente consciente de las dificultades que su país estaba pasando como resultado del huracán Mitch y trataría de ajustar el presupuesto para evitar reducir la cantidad asignada para la cooperación con Nicaragua.

Con respecto a las observaciones en cuanto a los objetivos y los resultados esperados, señaló que el enfoque de la Organización a la planificación y evaluación de programas mediante el Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES) —el método del marco lógico— estaba generalmente considerado como el mejor método con el que se contaba. De acuerdo con ese enfoque, los objetivos representaban la situación que la Organización deseaba cambiar, aunque no podía aceptar toda la responsabilidad de producir ese cambio, debido a los factores que escapaban a su voluntad. Por ese motivo, los objetivos se enunciaban en función de lo que debía hacerse. Los resultados esperados, por el contrario, representaban el “interés manejable” de la OPS o las medidas o resultados concretos de los que esta podría hacerse responsable. Bien podría haber otras metas con las cuales la Organización se pudiese comprometer y otros resultados que podrían ocurrir, pero sería responsable solamente de los resultados esperados que encajasen dentro de su interés manejable. El fundamento lógico del enfoque era que, si los recursos se aplicaban apropiadamente, los resultados esperados se lograrían y el cambio se produciría. Aunque el enfoque no era perfecto, se perfeccionaba continuamente, y ya había mejorado muchísimo la planificación y la programación de la Organización.

En cuanto a las preguntas acerca de la estructura de la Oficina y del presupuesto, señaló que la Dra. Brundtland había dicho reiteradamente que las oficinas regionales no necesitaban forzosamente imitar la estructura de la sede de la OMS. El Director creía que la estructura interna de la Oficina era adecuada porque seguía la lógica de las OEP. Aun cuando la Oficina no se proponía copiar los grupos orgánicos programáticos de la OMS, había implantado “vías de cruce” entre su estructura y la de la OMS. En consecuencia, todos los programas de la OPS podrían equipararse a los programas de los grupos orgánicos de la OMS. Le parecía inadecuado formular comentarios sobre si, como resultado de los cambios estructurales, la OMS había logrado ahorros o mejoras de la eficiencia. En lugar de comparar a la OPS con otras organizaciones, pidió a los Estados Miembros que examinasen los cambios funcionales y estructurales que la OPS había introducido con el transcurso de los años y las mejoras en la eficiencia que se habían producido como resultado, y que entonces juzgasen a la Organización por sí misma.

En lo que se refiere al monto del proyecto de presupuesto, por otra parte, el Director dijo que creía que a la OPS también había que juzgarla por sí misma. El hecho de que los Estados Miembros hubiesen decidido que otras organizaciones debían presentar presupuestos con crecimiento nominal cero no significaba forzosamente que la misma norma debía aplicarse a la OPS. Como él mismo había comentado en numerosas ocasiones, la esencia de la inequidad era tratar a todos por igual. Afirmó que, en su opinión, la salud y las organizaciones sanitarias merecían un trato especial, y por consiguiente hacía un llamamiento especial en favor de la Organización Panamericana de la Salud. Es más, creía que su responsabilidad para con los Estados Miembros que lo habían elegido Director era hacer cuanto estuviese en su poder para velar por que no se hiciera ningún daño a la Organización. La mengua continua del presupuesto de la OPS con el transcurso de los años estaba dañando a la Organización y deteriorando su capacidad de llevar a cabo las funciones que los países le habían encomendado. Había llegado el momento de decir que no se permitiría que el proceso de achicar la Organización continuara indefinidamente.

Si bien era verdad que los países habían acordado un crecimiento nominal cero en el presupuesto de la OMS, también habían autorizado el uso de \$15 millones de los ingresos ocasionales para complementar dicho presupuesto. Por lo tanto, en realidad, el presupuesto de la OMS se había aumentado por medio de un mecanismo al cual la OPS no tenía acceso. La OPS ya había incorporado en el presupuesto el monto previsto en concepto de ingresos varios —que era la única área donde la Secretaría tenía alguna flexibilidad—, y había ampliado al máximo esa cantidad para que el aumento de las cuotas fuese el menor posible. Como había dicho el Sr. Sotela, la OMS todavía no había decidido cómo asignaría los \$15 millones adicionales; sin embargo, si las Américas recibieran una parte de esa suma, se ajustaría el presupuesto y se reducirían las cuotas en consecuencia.

El Director instó al Comité a que actuara con espíritu de panamericanismo y recomendó que el Consejo Directivo adoptara el presupuesto por programas tal como se le había propuesto.

La resolución sobre este tema suscitó gran debate. La propuesta original pedía que el Comité recomendara que el 41.^{er} Consejo Directivo aprobara un presupuesto de \$178.520.000 para la OPS en el bienio 2000-2001. La Delegación de los Estados Unidos presentó una enmienda por la que se reducía esa cantidad a \$168.578.000 —el mismo nivel que en el bienio 1998-1999, o sea, un crecimiento nominal cero— y se pedía al Director que explorara otras formas de financiamiento para recabar fondos adicionales fuera del proyecto de presupuesto ordinario para la ejecución de los programas de alta prioridad.

Sin embargo, la gran mayoría de los Miembros del Comité Ejecutivo, así como otros Estados Miembros que asistían a la sesión como observadores, expresaron su apoyo al proyecto de resolución original. Se sugirió que, en vista de la falta de consenso en lo referente al monto del presupuesto, quizás el Comité no debía hacer ninguna recomendación concreta al respecto, sino solamente pedirle al Director que estudiara otras opciones de financiamiento y presentara un proyecto de presupuesto revisado al Consejo Directivo. El Director señaló que el Comité Ejecutivo tenía la responsabilidad constitucional de presentar una recomendación al Consejo con relación al presupuesto por programas propuesto. Pidió al Comité que cumpliera esa responsabilidad y nuevamente prometió que estudiaría otras opciones de financiamiento, incluida la posible asignación de alguna parte de los \$15 millones de los ingresos ocasionales de la OMS. Si surgieran otras opciones, modificaría la propuesta en consecuencia.

La resolución finalmente aprobada (CE124.R6) representa una fórmula conciliatoria: recomienda que el 41.^{er} Consejo Directivo considere el proyecto de presupuesto por programas de la OPS tal como se presenta en el *Documento oficial 290*, teniendo en cuenta las observaciones formuladas por los Miembros del Comité Ejecutivo, y pide al Director que explore cualquier modificación posible en el financiamiento de la Organización que permita recabar fondos adicionales para la ejecución del programa propuesto de cooperación técnica.

Control del consumo de tabaco en las Américas (documento CE124/10)

El Dr. Enrique Madrigal (Asesor Regional, Programa de Prevención y Control del Abuso de Sustancias) informó sobre la aplicación de las resoluciones CSP25.R12 y CSP25.R15, aprobadas por la 25.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en 1998. En la primera resolución, la Conferencia había aprobado las estrategias y líneas de acción propuestas en el Programa Regional para la Prevención y el Control del Consumo de Tabaco y había hecho una serie de recomendaciones a los Estados Miembros en cuanto a medidas para combatir el consumo de tabaco a nivel nacional. El Programa Regional comprendía nueve líneas de acción: 1) movilización de recursos; 2) formulación y gestión de programas y planes nacionales; 3) formación de capacidad; 4) comunicación para la salud y promoción de la causa; 5) determinación de necesidades, vigilancia y evaluación; 6) modelos de prevención basada en pruebas; 6) promoción de políticas y legislación; 7) difusión de información; y 8) actividades y eventos especiales. El Dr. Madrigal examinó las actividades que la OPS había llevado a cabo en cada área. Con respecto a la acción a nivel nacional en respuesta a la resolución, señaló que muchos países todavía no habían implantado medidas de lucha antitabáquica eficaces ni habían designado un punto focal dentro del ministerio de salud para coordinar las actividades contra el tabaquismo con el sector de la salud y con otros sectores, así como con la OPS/OMS, ONG y otros socios.

La resolución CSP25.R15 pedía al Director que estudiara la factibilidad de preparar una convención regional sobre la lucha antitabáquica. El Dr. Alleyne había llevado a cabo un amplio proceso de consulta con funcionarios de la Organización de los Estados Americanos (OEA) y de la OMS y con los Gobiernos Miembros. A pesar del entusiasmo inicial que se había expresado con relación a la idea, se había determinado que no había apoyo suficiente dentro de la OEA para formular una convención regional. En consecuencia, la propuesta se había considerado inviable, ya que la OEA era la única organización regional que tenía mandato constitucional para preparar y adoptar convenciones internacionales.

La Secretaría consideraba que la mejor manera de poner en práctica las recomendaciones de la 25.^a Conferencia Sanitaria Panamericana era implantar planes y programas integrales nacionales para desalentar el consumo de tabaco y promover el abandono del hábito de fumar y los entornos sin humo de tabaco. Con ese fin, la OPS seguiría movilizandando recursos y prestando cooperación técnica para apoyar los esfuerzos de los países. Dada la necesidad de la acción intersectorial e internacional para abordar el problema, la Organización también seguiría promoviendo la formación de alianzas y el establecimiento de vínculos con otros organismos y con las ONG.

El Comité Ejecutivo aplaudió el progreso logrado hasta la fecha en la ejecución del Programa Regional para la Prevención y el Control del Consumo de Tabaco. La formación de capacidad nacional y el apoyo al desarrollo de políticas, programas y legislación nacionales se consideraban funciones cruciales de la Organización, como también lo eran la promoción de alianzas con otros organismos y organizaciones. En particular, se instó a la OPS a buscar una alianza con el Banco Mundial, ya que este también estaba trabajando en la lucha antitabáquica y había publicado recientemente un informe en el que se describían varias medidas concretas que los gobiernos podrían tomar para reducir el consumo de tabaco. Entre ellas figuraban la fijación de impuestos mayores a los productos de tabaco; la prohibición de la promoción y publicidad del tabaco; y el mejoramiento de la disponibilidad de programas para abandonar el hábito de fumar, así como el establecimiento y mantenimiento de la infraestructura a nivel de país. La Organización también había comprobado que estas eran estrategias eficaces. Otras actividades esenciales para la OPS eran la difusión de información, por la Internet y otros medios, y la identificación y difusión de las mejores prácticas para ayudar a los países de la Región a mejorar sus actividades de lucha antitabáquica.

Aunque una convención regional no parecía ser factible, el Comité opinó que la OPS podría desempeñar un papel protagónico aumentando la conciencia y movilizandando el apoyo en favor de una convención mundial que reflejaría las prioridades de la Región. La convención se consideraba un instrumento eficaz para hacer frente a la epidemia de tabaquismo a nivel mundial, regional y nacional. Se señaló que, en la Asamblea Mundial

de la Salud en mayo de 1999, muchos países de la Región habían expresado el apoyo a una convención mundial.

El Dr. Madrigal dijo que la Organización sin duda seguiría promoviendo la convención mundial mediante la formación de capacidad y otras actividades. Recientemente había enviado a una experta reconocida en los aspectos jurídicos de la lucha antitabáquica para que participara en una reunión de los parlamentarios de la Región, celebrada en La Habana, y ella había informado a los legisladores acerca de los esfuerzos para crear una convención. La OPS también se proponía acelerar su cooperación con los países en lo tocante a medidas fiscales y legales que podrían ayudar a atajar el consumo de tabaco. Una de sus funciones más importantes era recabar y difundir la información sobre las leyes y los reglamentos que habían resultado eficaces en distintos países de todo el mundo, ya que un marco jurídico fuerte era un elemento fundamental en las iniciativas de lucha antitabáquica.

El Director recalcó que el buscar las mejores prácticas y ayudar a los países a aprender uno del otro eran los aspectos centrales de la cooperación técnica de la Organización en la esfera de la lucha antitabáquica. Con respecto a la propuesta para formular una convención regional, explicó que había presentado la idea al Secretario General de la OEA, quien había expresado entusiasmo acerca de la posibilidad de trabajar con la OPS para establecer una convención regional. Varios embajadores nacionales frente a la OEA también habían apoyado la idea. En respuesta a las inquietudes expresadas por el Subcomité de Planificación y Programación, el Director se había comunicado con funcionarios de la OMS para obtener confirmación por escrito de que la preparación de una convención para la Región de las Américas no entorpecería los esfuerzos para promover la adopción de una convención mundial. Le habían asegurado que la formulación de una convención regional no interferiría en modo alguno —y probablemente impulsaría— la iniciativa mundial. En consecuencia, la Organización había continuado los trabajos encaminados a redactar una resolución sobre el tema que se a presentaría a la Asamblea General de la OEA. Sin embargo, un grupo de trabajo del Consejo Permanente de la OEA y algunos Estados Miembros habían planteado dudas acerca de la conveniencia de que la OEA participara en la lucha antitabáquica, que se consideraba como un asunto estrictamente de salud pública. En vista de que había quedado claro que sería difícil lograr el apoyo decidido necesario de los Estados Miembros para formular y adoptar una convención regional, el Director había concluido que no era aconsejable seguir adelante con la idea.

No obstante, los países de la Región todavía podrían lograr mucho trabajando juntos en la lucha antitabáquica. La Organización estaba muy complacida con el apoyo decidido que había recibido de los Estados Miembros, incluidos los que eran productores de tabaco. En particular, deseaba agradecer a Canadá, Estados Unidos y España sus contribuciones financieras a los esfuerzos de la OPS para mejorar su programa de lucha

antitabáquica. La Secretaría había aumentado la asignación del presupuesto ordinario para ese programa, lo cual evidenciaba la importancia atribuida a la prevención del consumo de tabaco y la reducción de las defunciones relacionadas con el tabaquismo.

El Comité Ejecutivo no consideró necesario aprobar una resolución sobre este punto del orden del día, pero tomó nota del informe y reiteró su apoyo al Programa Regional para la Prevención y el Control del Consumo de Tabaco (decisión CE124[D8]).

Preparativos para situaciones de emergencia y coordinación del socorro en casos de desastre: Respuesta de la OPS a los huracanes Georges y Mitch (documento CE124/11)

El Dr. Claude de Ville (Asesor Regional, Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre) examinó las medidas adoptadas por la OPS en respuesta a los huracanes Georges y Mitch, destacando las enseñanzas aprendidas y las implicaciones para el desarrollo futuro del programa de respuesta frente a los desastres de la Organización. Algunas de las enseñanzas se derivaron de una reunión celebrada en Santo Domingo, República Dominicana, en febrero de 1999, que había sido organizada por la OPS y otros organismos de las Naciones Unidas para evaluar los preparativos y la respuesta frente a los huracanes. Se proporcionó a los Miembros del Comité un documento acerca de las conclusiones y recomendaciones de esa reunión.

El Dr. de Ville hizo un recuento breve de la pérdida de vidas humanas y el daño a la infraestructura sanitaria atribuible a los dos huracanes. Teniendo en cuenta que pocos establecimientos del sector de la salud en la Región habían sido diseñados según las especificaciones para la mitigación frente a desastres y la prevención de daños, el funcionario señaló que cabría prever nuevos daños en desastres futuros si no se aplicaban medidas correctivas. Por el lado positivo, la extraordinaria respuesta de casi todos los países de la Región había sido mucho más organizada y eficiente que en emergencias anteriores, gracias a la estrecha consulta con las autoridades en los países afectados y a que se procuró evaluar las necesidades prioritarias en vez de solo apresurarse a mandar suministros. No obstante, los esfuerzos de la OPS para preconizar la donación de dinero en efectivo en lugar de materiales, especialmente entre el público general, había tenido un éxito limitado, lo cual señalaba la necesidad de una gran campaña de educación dirigida a los posibles donantes importantes.

Por su parte, la OPS había movilizado a 60 expertos de toda la Región y había centrado su respuesta en evaluar las necesidades en materia de salud, proporcionar información acerca de esas necesidades a la comunidad internacional, realizar la vigilancia epidemiológica y aplicar el sistema SUMA (manejo de suministros). Después de los huracanes Georges y Mitch, el desempeño del SUMA —un inventario asistido por

computadora desarrollado por la OPS para ayudar a los países a gestionar la información acerca de los suministros de socorro en casos de desastre— reconfirmó el valor técnico del sistema así como su valor político como un indicador de “buen gobierno” y de rendición de cuentas al administrar las donaciones. A raíz del huracán Mitch, la respuesta generosa de la comunidad internacional le había permitido a la OPS movilizar más de \$7.000.000 en fondos extrapresupuestarios. Sin embargo, el financiamiento para las necesidades de urgencia a más largo plazo y para la reconstrucción, especialmente en Honduras y Nicaragua, era insuficiente. Es más, a la OPS le preocupaba que la voluntad política para incluir medidas de mitigación en los planes de reconstrucción estaba disminuyendo con el paso del tiempo.

Los participantes en la reunión de Santo Domingo habían señalado que la Internet había cambiado la manera de coordinar la respuesta frente a los desastres, pues permitía difundir mucha información por la World Wide Web. La OPS trataría de agregar valor a esa información mediante el análisis y trabajaría para mejorar su sitio de Internet mediante la publicación en este de normas técnicas y administrativas claras para la respuesta frente a los desastres. La Organización también se esforzaría en fortalecer aun más el SUMA, tanto política como técnicamente.

La respuesta de la OPS al huracán Mitch representó la primera vez que toda la Organización, y no solo el Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre, había respondido a un desastre. La respuesta había ilustrado los beneficios de la descentralización y la flexibilidad administrativa y la necesidad de despliegue rápido de los recursos humanos adicionales, incluido el personal de apoyo. Los huracanes Georges y Mitch habían cambiado fundamentalmente la respuesta de la OPS a los desastres, y Mitch en particular había aumentado la conciencia de la necesidad de enfoques sistemáticos a la mitigación y la prevención como una condición para el desarrollo sostenible.

Los Miembros del Comité elogiaron el papel de la OPS como punto focal para la información y coordinación de la respuesta a los huracanes Georges y Mitch tanto a largo como a corto plazo. Se instó a la Organización a seguir procurando que la respuesta a los desastres fuese un esfuerzo multisectorial en el que participaran todos los programas de la OPS. Se preguntó si la OPS no había podido responder en algunas esferas que hubiese deseado abordar, y si creía que había aspectos de la respuesta a largo plazo que no estaban siendo abordados por ningún organismo.

Con respecto al documento CE124/11, se solicitó la aclaración de una contradicción evidente: la sección 3.1 parecía dar a entender que los suministros de socorro y el personal espontáneos eran un problema, mientras que la sección 3.2 indicaba que los países donantes habían adaptado con éxito sus respuestas a las necesidades de prioridad más alta. También se sugirió agregar dos recomendaciones más a la sección 5:

1) que los gobiernos deben elaborar planes multisectoriales para preparativos, prevención y mitigación en casos de desastre, y 2) que cada institución de salud debe tener un plan para resistir los desastres, proteger y adiestrar a su personal y garantizar la continuidad de los servicios.

El representante de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS) reseñó varias recomendaciones pertinentes que habían sido adoptadas en el congreso interamericano más reciente de su organización (Lima, noviembre de 1998). Las recomendaciones exhortaban a las secciones nacionales de AIDIS a que contribuyeran con su capacidad técnica e instaban a otras instituciones a proporcionar financiamiento especial para la rehabilitación de los servicios básicos indispensables en los países afectados por Georges y Mitch. AIDIS estaba cooperando con la OPS en un programa conjunto cuya meta principal era fomentar la incorporación de la prevención y la mitigación en casos de desastre en los planes del sector de agua potable y saneamiento.

El Delegado de Nicaragua señaló que el huracán Mitch había demostrado la importancia de establecer un marco legal para los preparativos y la respuesta en casos de desastre, tanto a nivel nacional como local. Si bien el sector de la salud había desempeñado un papel principal al coordinar los esfuerzos de respuesta en Nicaragua, se necesitaba una estructura permanente para la reglamentación y la planificación detallada. También era esencial elaborar programas de adiestramiento en preparativos y de mitigación en casos de desastre tanto en el sector de la salud como en el de agua y saneamiento; aumentar la conciencia de la gente con respecto a los preparativos para situaciones de emergencia mediante campañas de comunicación de masas; y seguir creando mecanismos eficaces de coordinación entre las instituciones del sector de la salud así como alianzas estratégicas con universidades y ONG. La coordinación con el sector privado, que se había logrado de manera ad hoc después del huracán Mitch, debía haberse planificado con anterioridad.

En su respuesta, el Dr. de Ville dijo que ningún sector se había descuidado completamente en la respuesta al desastre por la Organización, pero que las limitaciones de recursos habían reducido el grado en que se podría haber realizado una amplia gama de actividades. Tendrían que movilizarse más recursos externos para mejorar la eficacia de la OPS. Es más, la falta de recursos estaba limitando la capacidad de la Organización de participar en las iniciativas y conferencias que estaban siendo patrocinadas por una serie de nuevos actores en el campo de los desastres. La OPS tendría que poder asignar más expertos a nivel de país para ayudar al sector nacional de la salud en la mitigación de desastres. Por su parte, los ministerios de salud necesitaban adiestrar al personal y crear un programa interno permanente que fuese homólogo del programa de la OPS.

En lo referente a la contradicción evidente en el documento, dijo que se habían incluido dos tipos diferentes de ayuda: las donaciones espontáneas del público habían

planteado un problema, mientras que las donaciones organizadas de los gobiernos y los organismos humanitarios se habían coordinado bien. En cuanto a la recomendación de formular planes multisectoriales, estuvo de acuerdo en que eran importantes, pero no sustituían a un programa establecido de respuesta a los desastres con personal capacitado y memoria institucional. El marco jurídico para tales programas debía tener en cuenta, por un lado, las acciones, los participantes y los mecanismos dispares en el campo de la prevención y la mitigación en casos de desastre, y por el otro lado, la respuesta a los desastres. El poner dichas funciones diferenciadas bajo el mismo marco jurídico en la misma institución había fracasado en el pasado.

El Comité aprobó la resolución CE124.R2 sobre este tema.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas (documento CE124/I2 y Add. I)

El Dr. Fernando Zacarías (Programa del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida e Infecciones de Transmisión Sexual) resumió la magnitud actual del problema de las infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y las infecciones de transmisión sexual (ITS) en todo el mundo y en las Américas. Informó que las tasas de prevalencia de la infección por el VIH/SIDA en los adultos (personas entre los 15 y los 49 años de edad) en las Américas variaban desde alrededor de 0,56% en América del Norte y América Latina hasta 2% en el Caribe. Los grupos de población más afectados eran los hombres que tenían relaciones sexuales con hombres; las personas que se inyectaba drogas; los hombres que incurrían en comportamientos de alto riesgo, como tener muchas compañeras sexuales; y las mujeres sumamente vulnerables, en especial aquellas a quienes el comportamiento de su pareja las ponía a ellas en riesgo. Si bien las características de la epidemia de infección por el VIH/SIDA y de ITS variaban en diferentes zonas de un país, las modalidades nacionales de transmisión podían clasificarse en general en tres categorías: de nivel bajo (menos de 1% de las personas con comportamientos de alto riesgo estaban infectadas: por ejemplo, Bolivia, Nicaragua y Paraguay); concentrada (la transmisión ocurría principalmente en los grupos antedichos, como sucede en la mayoría de los países); o generalizada (tasas de prevalencia mayores que 1% basándose en encuestas de mujeres que asistían a la consulta prenatal en zonas urbanas: por ejemplo, Bahamas, Guyana y Haití).

En los países persistían los obstáculos sociales y culturales que se oponían a la prevención y atención de la infección por el VIH/SIDA, y lo mismo podía decirse de muchos factores biológicos, sociales y económicos que hacían vulnerables a las mujeres. Varias tendencias eran evidentes: un cambio en la epidemia que ya afectaba a grupos de edad más jóvenes, especialmente entre las mujeres; mayor prevalencia de ITS, incluida la causada por el VIH, en poblaciones marginadas; y más casos de transmisión de madre a hijo. En respuesta a la situación actual, se necesitaba una mejor vigilancia de los casos de

SIDA, las infecciones por VIH y la repercusión de los esfuerzos educacionales en el cambio de comportamientos; la prestación ampliada de servicios de consejo y pruebas; modelos de atención de la infección por el VIH/SIDA adaptados a los recursos y las necesidades de los países; más atención a la prevención y el control de ITS, no solo como factores de riesgo de transmisión del VIH sino como un problema de salud pública por derecho propio; intensificación de los esfuerzos para reducir la transmisión de madre a hijo; y mantenimiento de un suministro de sangre sin riesgos. Ya existían conocimientos técnicos acerca de intervenciones eficaces, pero los países debían esforzarse por crear un ambiente que permitiera aprovecharlos.

Los retos en el futuro incluían coordinar una verdadera respuesta intersectorial, que hasta la fecha no había dado tan buenos resultados como se había previsto, y lograr la aplicación más amplia de las enseñanzas aprendidas en la lucha contra la infección por el VIH/SIDA en los 15 años pasados. Entre esas enseñanzas figuraba el conocimiento de los componentes de una buena respuesta nacional, a saber: liderazgo nacional fuerte; capacidad de movilizar recursos internos (públicos y privados) así como externos; formación de sociedades y alianzas múltiples; aplicación en gran escala de intervenciones eficaces; y respeto de los derechos humanos de las personas que vivían con SIDA e infección por el VIH para velar por que tuviesen acceso total a la prevención y la atención y para promover su participación en la lucha nacional contra la epidemia. El SIDA era una enfermedad que hacía aflorar claramente inequidades de género, sociales y económicas. Por lo tanto, era importante que los países recordasen el principio de la equidad y colaborasen contra el SIDA con el espíritu del panamericanismo. La asistencia entre países era una estrategia esencial.

En el debate subsiguiente del Comité, varios delegados volvieron a recalcar la importancia de la cooperación panamericana para afrontar el problema de la infección por el VIH/SIDA y las ITS en la Región y del enfoque multisectorial dentro de cada país. Se instó a los países a que procurasen que el SIDA figurara en las agendas políticas, sociales y de salud, y a que incluyeran a las parejas no tradicionales en la programación multisectorial. Se pidió a la OPS que siguiera promoviendo las normas internacionales sobre la infección por el VIH/SIDA y los derechos humanos y se instó a los Estados Miembros a aplicarlas.

La Delegada de los Estados Unidos informó que los Institutos Nacionales de Salud de su país habían establecido el Comité Colaborador Internacional de Investigación sobre el SIDA para promover y desarrollar actividades internacionales coordinadas de investigación acerca del SIDA, incluidos estudios biomédicos, conductuales y de ciencias sociales. Agregó que, habida cuenta de que la disponibilidad de los medicamentos antirretrovíricos estaba obstaculizada por la escasez de recursos, las prioridades en competencia y sistemas inadecuados de prestación de servicios de salud, era preciso actualizar los mecanismos que se estaban explorando por la OPS en el ámbito regional y

por el ONUSIDA a nivel mundial para reducir el costo y mejorar el acceso a dichos fármacos.

Se extendieron a todos los Estados Miembros invitaciones a dos reuniones: el congreso de la Unión Latinoamericana contra las Enfermedades de Transmisión Sexual (ULACETS), a celebrarse en Brasil del 8 al 11 de septiembre de 1999, y la segunda Conferencia sobre las Estrategias Mundiales para la Prevención de la Transmisión del VIH de las Madres a los Lactantes, a celebrarse en Montreal del 1 al 5 de septiembre de 1999. Al anunciar la última reunión, el Delegado del Canadá también instó a prestar mayor atención a la transmisión de madre a hijo en la programación nacional relativa a la infección por el VIH/SIDA.

En respuesta a las preguntas sobre los mecanismos para mejorar el acceso a los medicamentos antirretrovíricos, el Dr. Zacarías dijo que en una reunión reciente varios países habían expresado interés en participar en un fondo rotatorio para la compra de medicamentos contra el SIDA, un programa que se iniciaría con Brasil. La OPS estaba tratando de resolver algunos problemas técnicos en cuanto a las clases de medicamentos que se proporcionarían mediante ese fondo. En ese momento, la necesidad con la máxima prioridad en la mayoría de los países era el suministro de AZT (zidovudina) para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo. Había otros medicamentos antirretrovíricos, pero su uso exigía que los países tuvieran los recursos técnicos para asegurar la administración correcta y el seguimiento adecuado de los pacientes a fin de evitar la aparición de farmacoresistencia. En una reunión reciente, los directores de los programas nacionales contra el SIDA del Caribe habían determinado que la interrupción o reducción de la transmisión del VIH de madre a hijo y el mantenimiento de las actividades dirigidas a los jóvenes eran prioridades. El Dr. Zacarías reiteró la importancia de que el SIDA ocupase un lugar prominente en la agenda nacional e instó a los países con prevalencia baja a movilizarse desde ese momento a fin de estar preparados para las mayores tasas de transmisión que se presentarían en un plazo de dos a cinco años.

El Director dijo que más adelante, al llegar al punto 9 (Otros asuntos), haría algunos comentarios sobre la posibilidad de un fondo rotatorio para la compra en gran escala de medicamentos antirretrovíricos.

El Comité aprobó la resolución CE124.R3.

Vacunas e inmunización (documento CE124/13)

La ponencia de este punto corrió a cargo del Dr. Ciro de Quadros (Director, División de Vacunas e Inmunización), quien informó que, aunque los niveles de cobertura de vacunación seguían estando por encima de 80% en toda la Región, era preciso aumentar los esfuerzos para llegar a las personas en zonas remotas y a los grupos

subatendidos en las zonas urbanas. También se necesitaba hacer un análisis minucioso de dicha cobertura en el nivel distrital o el municipal para identificar focos de cobertura baja. Los estudios indicaban que en algunos países los procesos de descentralización en el sector de la salud habían tenido un efecto negativo en la prestación de los servicios de vacunación y en las actividades de vigilancia de enfermedades. En vista de esos hallazgos, se estaba organizando una reunión para comparar la repercusión de la descentralización en los programas de vacunación en diferentes regiones del mundo, a fin de intercambiar experiencias y extraer enseñanzas.

Se habían logrado grandes avances hacia la meta de erradicar el sarampión de las Américas para 2000, aunque el virus del sarampión seguía circulando en unos cuantos países. Un factor que contribuía al resurgimiento del sarampión en algunos países había sido el no poner plenamente en práctica la estrategia de erradicación correspondiente. Se había elaborado un plan de urgencia dinámico para ayudar a los países más afectados por los brotes. Si se siguiera la estrategia recomendada, todavía era factible alcanzar la meta de erradicar la transmisión autóctona del sarampión para 2000. La Comunidad del Caribe había establecido asimismo la meta de eliminar la rubéola para 2000. La OPS estaba trabajando para ampliar a otros países de la Región la vigilancia de esa enfermedad y del síndrome de rubéola congénita.

La Región de las Américas había estado exenta de la poliomielitis durante más de siete años, pero todavía existía la posibilidad de que la enfermedad fuese importada de otra región. Por ese motivo, era imperativo que el sistema de vigilancia de la parálisis flácida aguda (PFA) siguiera operando eficazmente. En algunos países, sin embargo, los indicadores mostraban que la vigilancia se había deteriorado durante dos años consecutivos.

La Organización había colaborado con los Estados Miembros para facilitar la introducción de otras vacunas en los programas nacionales de vacunación, como eran la vacuna combinada contra sarampión, parotiditis y rubéola (MMR), y las vacunas contra hepatitis B, infecciones por *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) y fiebre amarilla. La introducción de la vacuna contra Hib había sido notablemente exitosa. En muchos países, la emisión de decretos presidenciales o la sanción de leyes de vacunación específicas que ordenaban el uso de la vacuna habían acelerado el proceso. Otros factores que habían favorecido su introducción rápida eran mecanismos panamericanistas, como el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas, y la labor de la OPS para alentar a los gobiernos a que asignaran prioridad a las vacunas y la inmunización.

La Organización estaba apoyando a las autoridades de reglamentación nacionales a cumplir seis funciones claves en materia de garantía de la calidad de las vacunas: concesión de licencias; evaluación clínica; inspecciones en materia de buenas prácticas de fabricación (BPF); liberación de lotes; pruebas de laboratorio, y vigilancia posterior a

la comercialización. En los establecimientos productores de DPT en varios países se había iniciado el Programa Regional para la Certificación de los Productores de Vacunas, pero su aplicación total requeriría al mismo tiempo un compromiso político fuerte de aportar los recursos y cambios para mejorar los procesos de producción. Con respecto a la investigación, el desarrollo y la producción de vacunas conjugadas, instituciones de varios países que habían venido trabajando independientemente habían fortalecido sus alianzas y avanzado más hacia la colaboración en una reunión sobre vacunas conjugadas celebrada en noviembre de 1998.

El Dr. de Quadros concluyó su ponencia con un breve resumen del financiamiento actual para las iniciativas de vacunas e inmunización en las Américas. Los gastos de la División de Vacunas e Inmunización de la OPS habían aumentado a \$12,4 millón en el bienio 1998-1999 después de haber disminuido en los cuatro bienios anteriores, tras la erradicación de la poliomielitis. Para 2000-2001, se preveía que la cantidad aumentaría a \$14 millones. Entretanto, el nivel de la inversión nacional prácticamente no había cambiado en el período 1997-2001, comparado con el quinquenio anterior (\$657 millones y \$654 millones, respectivamente), lo que podría limitar la ampliación de la inmunización y la introducción de las vacunas nuevas. La movilización de recursos internacionales había descendido de \$113,8 millones en 1987-1991 a \$53 millones previstos para 1997-2000. Hasta la fecha, sin embargo, se habían obtenido tan solo \$40 millones de esta última cantidad, por lo que aún faltaban por recabarse \$13 millones.

En el debate subsiguiente, varios delegados expresaron inquietud por las repercusiones de la descentralización en los programas de vacunación en sus países. Recalcaron que debía asignarse alta prioridad al adiestramiento técnico y administrativo del personal a todos los niveles, así como una mejor definición de sus funciones. Se sugirió que dicha preparación se llevase a cabo durante un período de transición antes de la descentralización de las actividades normales del programa de vacunación.

Se formularon otras sugerencias con relación a los temas abordados en el documento CE124/13. Con respecto a los nuevos asociados que estaban surgiendo, debía alentarse la participación de las ONG en las actividades de vacunación, pero no cabría esperar que estas asumieran la responsabilidad de lo que era fundamentalmente una función del gobierno. En cuanto a la erradicación del sarampión, había que instar a los países a mejorar su registro de las dosis de vacuna aplicadas y a realizar encuestas de cobertura para obtener mejor documentación de las tasas de cobertura. También se recomendó que en la sección 4.1 del documento se especificara el grupo de edad (menores de 1 año o menores de 5 años) al cual correspondía la cobertura citada.

El Comité apoyó la recomendación de la Secretaría en el sentido de mantener la vigilancia intensiva de la PFA para evitar la reintroducción de la poliomielitis. También recalcó la necesidad de aumentar la vacunación contra la fiebre amarilla, mejorar la

vigilancia de esa enfermedad y controlar el mosquito *Aedes aegypti*. Se solicitó más información sobre las medidas que se estaban tomando para aumentar la disponibilidad de la vacuna antiamarílica.

Varios delegados informaron sobre los aspectos de los programas de vacunas e inmunización de sus países y ofrecieron compartir su experiencia en la aplicación de estrategias de utilidad comprobada. Se señaló que el continente americano había hecho grandes avances contra las enfermedades prevenibles por vacunación y podría servir de modelo para el resto del mundo. Sin embargo, el progreso podría verse impedido por algunos problemas de resolución pendiente, a saber: la necesidad de una vigilancia más eficaz, el problema de mantener la voluntad política, y la escasez de los recursos financieros. Se pidió al Dr. de Quadros que comentara qué estrategias se habían propuesto para afrontar el déficit de \$13 millones en el financiamiento internacional previsto.

El Dr. de Quadros contestó que se estaban realizando conversaciones con los países a fin de hallar maneras de compensar la insuficiencia de fondos. Además, la Organización seguía recibiendo ayuda de sus asociados tradicionales y estaba tratando de establecer vínculos con nuevos asociados. Agradeció al Comité sus sugerencias e indicó que muchas recomendaciones similares se habían hecho en la reunión más reciente del Grupo Consultivo Técnico (GCT) sobre las Enfermedades Prevenibles por Vacunación, celebrada en abril de 1999 en Canadá. Esas recomendaciones se habían comunicado a los países, que pronto comenzarían a ponerlas en práctica. El funcionario reiteró la importancia del adiestramiento adecuado del personal de nivel local para contrarrestar los posibles efectos negativos de la descentralización sobre los programas de inmunización, y agregó que la reunión propuesta permitiría a los países aprender de sus experiencias, tanto positivas como negativas. En lo referente a la vacuna antiamarílica, se estaba tratando de lograr una mayor disponibilidad mediante el mejoramiento de su producción en la Región, pero se necesitaba más financiamiento. La Fundación Gates era una de las fuentes a las que se habían solicitado fondos para la producción de la vacuna antiamarílica. Finalmente, el Dr. de Quadros informó al Comité que el GCT había recomendado al Director que el Premio de Inmunización de la OPS para 1999 se otorgase al jefe del programa de inmunización de Cuba.

El Comité aprobó la resolución CE124.R12.

Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) (documento CE124/14)

El Dr. Yehuda Benguigui (Asesor Regional, Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) describió las características principales de la estrategia para la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia

(AIEPI), reseñó los adelantos logrados hasta el momento en la aplicación de la estrategia en las Américas y enumeró algunos de los retos que aún se debían superar para alcanzar las metas propuestas por la estrategia. La estrategia de AIEPI había sido desarrollada por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) con miras a reducir la mortalidad y la morbilidad de las infecciones respiratorias agudas (IRA), la diarrea y las carencias nutricionales, que, junto con varias otras enfermedades infecciosas, causaban unas 150.000 defunciones anuales de niños de menos de 5 años en las Américas. Se esperaba que la aplicación de la estrategia en toda la Región reduciría en 100.000 el número de defunciones en ese grupo de edad entre 1999 y 2002.

La estrategia pretendía mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud y disminuir las oportunidades desaprovechadas para la detección de problemas de salud y la aplicación de medidas preventivas como la vacunación y el tratamiento de los problemas nutricionales. Proporcionaba un conjunto de normas básicas para la evaluación, la clasificación y el tratamiento, que permitía al personal sanitario evaluar el estado de salud general del niño y detectar y tratar rápidamente las enfermedades prevalentes de la infancia y otros problemas de salud. Otro componente clave de la estrategia de AIEPI era la educación de los padres y otros prestadores de asistencia acerca de la atención adecuada que se debía proporcionar a los niños en el hogar y la detección de los signos de advertencia que hacían imperativo llevarlo con un proveedor de asistencia sanitaria.

Hasta 1999, 15 países de la Región habían adoptado la estrategia. Inicialmente, los esfuerzos de aplicación se habían centrado en los países con las tasas de mortalidad infantil más elevadas, donde la estrategia podría tener la repercusión más inmediata y mayor en cuanto a reducir la mortalidad y la morbilidad en la niñez. Sin embargo, la AIEPI también había resultado beneficiosa en los países que tenían tasas de mortalidad infantil relativamente bajas. En muchos de esos países, la estrategia de AIEPI se estaba adaptando para abordar problemas de salud de los niños diferentes de los que abarcaba originalmente, como el asma y las lesiones causadas por los accidentes o la violencia.

Para alcanzar las metas propuestas, debía acelerarse el proceso de aplicación. Con ese fin, tendrían que afrontarse varios retos, entre ellos: la incorporación eficaz de la estrategia de AIEPI en los procesos de reforma sanitaria; el compromiso continuo de los países de apoyar la aplicación; la introducción de la estrategia de AIEPI en los programas de formación del personal sanitario; la mayor participación de las ONG en la aplicación de la estrategia; y la adaptación de la estrategia a diferentes situaciones epidemiológicas. Otro reto destacado sería la movilización de recursos. Alcanzar la meta de reducir en 100.000 las defunciones de niños durante los próximos cuatro años exigiría \$3.000.000, cantidad que representaba un aumento de aproximadamente 70% en los recursos con que contaba la unidad de AIEPI, combinando fondos del presupuesto ordinario, fondos sobre el límite máximo y recursos extrapresupuestarios.

El Comité Ejecutivo expresó su apoyo decidido a la estrategia de AIEPI, con su enfoque integrado y holístico para mejorar la salud de los niños y evitar las defunciones en la niñez. También recibió con beneplácito las modificaciones que se habían hecho en el documento en respuesta a las sugerencias del Subcomité de Planificación y Programación. Se recomendaron varias mejoras importantes para destacar ciertos aspectos de la estrategia o hacer más explícitos algunos aspectos. Por ejemplo, se sugirió que el documento debería hacer más hincapié en la necesidad de la intervención comunitaria y la participación intersectorial, así como en la incorporación de la estrategia de AIEPI en las iniciativas de reforma del sector de la salud. Con respecto a la última sugerencia, se señaló que, para poner en práctica plenamente la estrategia de AIEPI, sería necesario allanar las barreras al acceso, que explicaban en gran medida los problemas de la subutilización y la poca demanda de los servicios de salud. Se subrayó asimismo la importancia de contar con medicamentos esenciales y otros suministros.

Por otra parte, se sugirió que el documento debería incluir información sobre la salud de los niños indígenas y la manera como la estrategia podría adaptarse para satisfacer sus necesidades especiales. Además, debería mostrar más claramente los nexos entre la estrategia de AIEPI y otros aspectos del trabajo de la Organización, en particular los esfuerzos para promover una mayor equidad y el acceso a asistencia sanitaria de buena calidad a lo largo del ciclo de vida. También era preciso resaltar la importancia de la atención a la salud materna y la buena atención prenatal, ya que una mejor atención del embarazo daría por resultado bebés más sanos y mejoraría las perspectivas de supervivencia infantil. Varios delegados señalaron la necesidad de definir un programa de investigación y elaborar indicadores de impacto para determinar la eficacia de la estrategia y monitorear los resultados que estaban lográndose mediante su aplicación.

El Comité señaló varias funciones importantes para la OPS, en particular la forja de alianzas con otros organismos, con ONG y con organizaciones comunitarias para poner en práctica la estrategia, así como adiestrar al personal de atención de la salud en los países y promover la AIEPI entre ellos. Se alentó a la Organización a que siguiera empeñada en incorporar otros componentes, como la prevención de accidentes y lesiones, para mejorar la estrategia y satisfacer mejor las necesidades de los países con tasas de mortalidad infantil más bajas.

Se mencionaron dos oportunidades de promover la estrategia: la reunión del Consejo Directivo del Instituto Interamericano del Niño (IIN) y la novena Conferencia de Esposas de Jefes de Estado y de Gobierno de las Américas, ambas a celebrarse en septiembre de 1999. El Delegado del Canadá dijo que a su gobierno le complacería proponer la inclusión de un punto sobre la AIEPI en el orden del día de las dos reuniones, pues en ese momento el Canadá ocupaba la presidencia del Consejo Directivo del IIN y la reunión de primeras damas tendría lugar en el Canadá.

En respuesta a las observaciones sobre la intervención comunitaria y la participación intersectorial en la aplicación de la estrategia de AIEPI, el Dr. Benguigui explicó que esas áreas estaban siendo recalculadas por un grupo interinstitucional mundial del que la OPS formaba parte. Dijo estar de acuerdo con la necesidad de promover las alianzas con las ONG e informó al Comité que, en febrero de 1999, la Organización había patrocinado una reunión de un grupo esencial de 32 ONG para analizar la manera en que estas organizaciones podrían apoyar la implantación de la estrategia a nivel de país. En la próxima versión del documento se daría mayor relieve a esos dos aspectos del trabajo de la OPS con relación a la estrategia y también se procuraría resaltar mejor los nexos entre la AIEPI y otras iniciativas de la Organización, especialmente la reforma del sector de la salud y la disminución de las inequidades.

Con respecto a la investigación, informó que se estaban confeccionando protocolos de investigación y que pronto se emprenderían proyectos de investigación en Bolivia y Brasil, con miras a responder a muchas de las preguntas planteadas en la primera reunión mundial de examen de la estrategia de AIEPI celebrada en Santo Domingo, República Dominicana, en 1997. En cuanto a la incorporación de nuevos componentes en la estrategia, la unidad de AIEPI estaba trabajando con expertos en los países para formular normas sobre la prevención de accidentes, la atención al maltrato de menores, el manejo del asma y otros problemas prevalentes. También estaba trabajando con el asesor regional en salud de los indígenas y otros funcionarios de la Organización para elaborar un perfil de la salud de los niños indígenas y adaptar los materiales de AIEPI para usarlos con poblaciones indígenas.

El Director recalcó que el logro de la meta de reducir en 100.000 las defunciones de niños menores de 5 años en los próximos cuatro años requeriría un apoyo político firme. La Organización estaba empeñada en conseguir que la salud de los niños ocupara un lugar prominente en las agendas políticas regionales. La OPS, por consiguiente, recibía con beneplácito el ofrecimiento del Canadá de promover el análisis de la estrategia de AIEPI en el Consejo Directivo del IIN y en la conferencia de primeras damas. Conjuntamente con esa reunión, la Organización esperaba organizar un evento que impulsaría a la comunidad de ONG y los grupos locales a apoyar la aplicación de la estrategia. Reconoció el extraordinario apoyo que la OPS había recibido de la OMS, en particular del Dr. Jim Tulloch, Director de la División de Salud y Desarrollo del Niño, para llevar adelante la iniciativa de AIEPI en las Américas.

El Comité aprobó la resolución CE124.R4.

Contaminantes orgánicos persistentes (documento CE124/15)

El Dr. Luiz Augusto Cassanha Galvão (Asesor Regional, Programa de Calidad Ambiental), expuso el tema y describió los problemas planteados por los contaminantes

orgánicos persistentes (COP) y los esfuerzos para abordarlos a los niveles internacional, regional, subregional y de país. Dijo que los COP eran compuestos orgánicos tóxicos sumamente estables resultantes de la contaminación industrial o usados como insecticidas. Dichos compuestos se transportaban fácilmente en la atmósfera a regiones muy alejadas de su fuente original, persistían durante años en el ambiente y contaminaban los alimentos, el agua y el suelo. Entre los muchos efectos sobre la salud humana vinculados a la exposición a los COP se encontraban trastornos de la salud reproductiva, cáncer y daños posibles al sistema inmunitario. A pesar de los esfuerzos realizados desde los años setenta para controlar o eliminar los COP, algunos, como el DDT, se estaban usando todavía, mientras que otros eran contaminantes ambientales que requerían soluciones a largo plazo.

Después de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, celebrada en 1992, y de acuerdo con los mandatos contenidos en el capítulo 19 del Programa 21, se habían tomado varias medidas a nivel internacional en respuesta al problema de los productos químicos tóxicos, entre ellos los COP. Uno de los aspectos más notables fue la adopción, por la 50.^a Asamblea Mundial de la Salud, de la resolución WHA50.13, sobre “Fomento de la seguridad química, con especial atención a los contaminantes orgánicos persistentes”. En ella se exhortaba a los Estados Miembros de la OMS a que ejecutaran las decisiones internacionales en lo referente a los COP, solicitaba al Director General de la OMS que prestara cooperación técnica a los Estados Miembros para el intercambio de información y otras actividades destinadas a la gestión racional de los productos químicos e instaba a los funcionarios de salud a que fortalecieran la vigilancia de los efectos de los productos químicos sobre la salud.

En las Américas, los recursos para ayudar a los países a que diesen cumplimiento a la resolución incluían la Red Panamericana de Manejo Ambiental de Residuos (REPAMAR) y el centro de distribución de información del Programa de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente (PNUMA). Un proyecto patrocinado conjuntamente por la OPS y el Organismo de los Estados Unidos para la Protección del Medio Ambiente había apoyado dos talleres subregionales del Programa Interinstitucional de Gestión Racional de los Productos Químicos (IOMC) acerca de los COP y había proporcionado apoyo estratégico, técnico y financiero a los estudios de casos en siete países. Además, los gobiernos del Canadá, México y los Estados Unidos habían elaborado el Plan de Acción Regional para Norteamérica sobre el DDT, que tenía como finalidad reducir la exposición humana al DDT y los niveles de dicho producto químico en el medio ambiente de esos tres países.

El documento contenía propuestas de varias actividades de cooperación técnica mediante las cuales la OPS podría ayudar a los países a abordar los problemas asociados con los COP y dar cumplimiento a la resolución WHA50.13. Un grupo de las actividades estaba orientado a fomentar el uso y el almacenamiento más seguros del DDT y otros

plaguicidas empleados en las campañas de salud pública, así como el fortalecimiento de la vigilancia de las enfermedades relacionadas con los plaguicidas. El otro grupo se orientaba a la eliminación definitiva del uso de los COP. Este incluía investigaciones a objeto de encontrar opciones para combatir los vectores de enfermedades y otras plagas, así como apoyo para la eliminación de las reservas indeseables de plaguicidas, especialmente del DDT. Además, la OPS seguiría apoyando las actividades regionales llevadas a cabo por la OMS, el IOMC y el Foro Intergubernamental sobre Seguridad Química (IFCS), y mantendría informados a los Cuerpos Directivos del progreso logrado en la ejecución de la resolución WHA50.13. En el bienio 1998-1999, la Organización había invertido \$60.000 del presupuesto ordinario en actividades relacionadas con este problema y había movilizado aproximadamente \$3.000.000 en fondos extrapresupuestarios. En el próximo bienio, esas cifras aumentarían a \$95.000 y \$4.000.000, respectivamente.

El Comité recibió con beneplácito la atención que prestaba la OPS a los problemas planteados por los contaminantes químicos como los COP y expresó preocupación acerca de los riesgos para la salud de dichos contaminantes. Varios delegados pusieron de relieve el dilema planteado por el uso de sustancias como el DDT en las campañas de salud pública contra los vectores de enfermedades. Instaron a que se prestara más atención a la búsqueda de otras opciones eficaces y económicas para la lucha antivectorial, y recomendaron que se asignara mayor importancia a dicho tema en el documento. Mientras se evaluaban a fondo tales opciones para determinar su seguridad y ponerlas al alcance del público general, se pedía a la OPS que trabajara con los países donde el DDT todavía se estaba usando, a objeto de salvaguardar el medio ambiente y la salud humana.

Se reconoció que los efectos de los COP iban más allá de las fronteras nacionales y hasta regionales debido al comercio internacional de alimentos, que pudieran estar contaminados. Los enfoques propuestos en el documento podrían servir de modelo para el resto del mundo al abordar el problema de los COP tanto a nivel regional como nacional. Una función clave para la OPS sería promover el intercambio de información acerca de los diversos métodos aplicados por los países. Otra función importante para la Organización era la de compilar datos útiles sobre las emisiones de plaguicidas y la exposición, tanto a los plaguicidas como a los COP diferentes de los plaguicidas en la Región, como un paso para hacer frente a los riesgos para la salud relacionados con los COP. Se señaló que ciertos grupos de población se enfrentaban con un riesgo desproporcionado de residuos de plaguicidas en los alimentos; por ejemplo, las poblaciones indígenas del norte del Canadá, cuyo régimen de alimentación era abundante en flora y fauna marina, así como los niños de todas partes del mundo debido a que su cuerpo era pequeño y sus sistemas biológicos estaban en desarrollo. Además, los PCB y otros contaminantes aparecían en concentraciones altas en la leche materna en algunos

grupos, aunque se creía que los beneficios de la lactancia materna superaban los riesgos planteados por esos residuos.

Varios delegados presentaron información acerca del uso de plaguicidas en sus países y sobre las medidas que se están tomando para reglamentarlos y proteger la salud y el ambiente. Recalaron la importancia de la cooperación técnica de la OPS, especialmente en la esfera del adiestramiento. Se puso de relieve la necesidad de emprender actividades intersectoriales y de intercambiar información. Un delegado señaló que, si bien el sector de la salud en su país estaba muy consciente de los riesgos planteados por los COP, el sector agropecuario, que era el punto focal nacional sobre el tema, estaba menos sensibilizado al problema. Se sugirió que los países consideraran la posibilidad de establecer redes intersectoriales de puntos focales en los sectores sanitario, agropecuario, ambiental y laboral. Fomentar, entre el público general, un mayor conocimiento del uso seguro de los plaguicidas en el hogar, también debe ser una prioridad. Se sugirió que se incluyeran en el documento datos estadísticos recientes sobre Centroamérica puesto que estos se habían compilado.

En relación con el uso de sustancias como el DDT en las campañas de salud pública, el Dr. Galvão destacó la importancia de buscar un equilibrio entre la necesidad de usar esas sustancias para controlar las enfermedades y la necesidad de eliminarlas para proteger la salud. Es necesario adiestrar a los trabajadores para manejar y usar los plaguicidas con seguridad y eficacia. Al mismo tiempo, era imperativo desarrollar opciones más seguras para el control de las plagas. Por medio de sus observaciones, el Comité había brindado un apoyo valioso a la búsqueda de opciones. La labor realizada por el Canadá, México y los Estados Unidos en ese sentido podría servir como modelo regional y quizás hasta mundial. México estaba también cooperando con los siete países centroamericanos en un proyecto subregional encaminado a reducir progresivamente el uso del DDT. La conferencia del IFCS programada para 2000 en el Brasil brindaría una oportunidad excelente a los países para intercambiar sus experiencias sobre la seguridad química.

El Comité aprobó la resolución CE124.R5.

Fortalecimiento de los bancos de sangre en la Región de las Américas (documento CE124/16)

El Dr. José Ramiro Cruz (Asesor Regional, Servicios Hematológicos y de Laboratorio) esbozó las actividades que la Organización había llevado a cabo con miras a lograr el objetivo establecido por la 25.^a Conferencia Sanitaria Panamericana y contenido en las orientaciones estratégicas y programáticas, a saber, que toda la sangre destinada a la transfusión se sometería a tamizaje para descartar VIH, hepatitis B y C, sífilis, y, en las zonas donde la enfermedad de Chagas era un problema, el *Trypanosoma cruzi*. Empezó

por la presentación de información general sobre la naturaleza de la medicina de transfusiones y la función de los bancos de sangre al recoger, procesar, almacenar, entregar y asegurar la calidad de los productos sanguíneos. También presentó estadísticas sobre el número de bancos de sangre y de donaciones de sangre en la Región de las Américas, así como sobre los países que sometían a tamizaje el 100% de la sangre donada, a objeto de detectar las infecciones transmitidas por transfusión (TTI) y los porcentajes de donantes sanguíneos remunerados, voluntarios y de reposición.

Según el Dr. Cruz, la garantía de la seguridad y la calidad de los productos sanguíneos dependía principalmente del uso de donantes voluntarios no remunerados que donaban sangre reiteradamente, unido al tamizaje universal de la sangre donada. Sin embargo, excepto en unos pocos países, la proporción más grande de donantes de sangre procedía de donantes de reemplazo (es decir, donantes que daban sangre para un paciente en particular) o de donantes remunerados, cuya sangre tenía mayores probabilidades de estar infectada. Es más, solo 16 países en la Región sometían a tamizaje el 100% de la sangre donada para detectar VIH, VHB y VHC y, en muchos casos, la calidad de la prueba serológica no era óptima, lo que conducía a resultados negativos falsos. En consecuencia, se corría el riesgo de que se usara sangre infectada para transfusiones.

Las actividades de la OPS tenían como finalidad lograr que 100% de la sangre donada en la Región se sometiera a un tamizaje fidedigno para detectar las infecciones mencionadas y que al menos 50% de los donantes fuesen voluntarios no remunerados. Esas actividades se habían concentrado principalmente en las siguientes cinco áreas: 1) promoción del establecimiento de un marco legal para reglamentar las operaciones de los bancos de sangre y prohibir el pago a los donantes; 2) evaluaciones del desempeño de los servicios externos de serología a objeto de mejorar la calidad del tamizaje serológico; 3) promoción de los programas nacionales de garantía de la calidad; 4) desarrollo de un conjunto de normas regionales para el trabajo de los bancos de sangre; y 5) promoción de programas de educación a distancia para el adiestramiento en servicio de los trabajadores de los bancos de sangre. Los esfuerzos de la OPS ya habían producido resultados positivos en materia de formulación y promulgación de leyes, aumento del número de unidades de sangre sometidas a tamizaje y mejoras en la calidad de las pruebas, lo cual a su vez había reducido el número de infecciones transmitidas por transfusiones. La Organización proseguiría con esas líneas de acción en el futuro y, además, procuraría formar alianzas estratégicas con otras instituciones para mejorar las actividades de garantía de la calidad, impartir adiestramiento y promover la donación voluntaria.

El Comité Ejecutivo encontró que el documento reflejaba con exactitud la situación de los bancos de sangre en la Región e identificaba los problemas que era necesario abordar para lograr un suministro de sangre sin riesgos. El Comité también consideró las estrategias de cooperación técnica y las actividades apropiadas de la OPS. Los delegados recalcaron la función vital que los bancos de sangre desempeñaban en los

sistemas nacionales de salud. También se destacó su importancia para el éxito de los esfuerzos regionales destinados a eliminar la sífilis congénita como problema de salud pública. Varios delegados describieron los esfuerzos que se hacían en sus países para velar por que se alcanzara la seguridad de los suministros de sangre y promover la donación voluntaria, y algunos también ofrecieron compartir las ventajas de sus experiencias con otros países y con la Organización.

Al igual que el Subcomité de Planificación y Programación, el Comité subrayó la importancia de la función de los ministerios de salud al reglamentar la obtención, el tamizaje y el procesamiento de la sangre, así como el uso apropiado de la sangre y los productos sanguíneos. Se instó a la Organización a que siguiera brindando apoyo a la formulación de leyes y marcos normativos, y a la formulación de normas para la selección de donantes, así como para la obtención y tamizaje de la sangre. También se afirmó que la OPS debería fomentar la armonización regional de las normas. La difusión de la información actual sobre la transmisión de enfermedades infecciosas y nuevas tecnologías se consideró una función fundamental de la OPS, al igual que la educación y la comunicación en asuntos de salud, especialmente con relación a la promoción de la donación voluntaria de sangre. La movilización y la promoción a nivel de la comunidad se consideraban como los medios más eficaces para estimular la donación voluntaria.

En respuesta a las observaciones en cuanto a las leyes y los reglamentos, el Dr. Cruz señaló que todos los países de América Latina, con excepción de El Salvador y Nicaragua, tenían leyes que regían el uso de la sangre, y estos dos países habían redactado proyectos de leyes que se presentarían a las asambleas legislativas nacionales. La Organización había desempeñado una función activa al ayudar a los países a revisar su legislación nacional. Con respecto al desarrollo de patrones nacionales y la armonización regional de las normas, la OPS, en colaboración con la Asociación Estadounidense de Bancos de Sangre y un comité ad hoc, había formulado directrices para que los bancos de sangre en América Latina establecieran sus normas, y estaba trabajando en una colección similar de normas para los países del Caribe. En julio de 1999 se celebraría en la sede de la OPS una reunión a objeto de finalizar las normas para los países del Caribe de habla inglesa. Con relación a la promoción de donaciones voluntarias de sangre, la Organización estaba preparando una guía metodológica para realizar investigaciones sobre conocimientos, actitudes y prácticas, así como sobre los comportamientos y las creencias socioculturales en relación con la donación de sangre, tanto entre el público como entre los prestadores de atención de salud. La información derivada de esa investigación ayudaría a la OPS y a los países a diseñar programas y estrategias apropiados para llegar a grupos especiales de la población.

El Director recalcó la naturaleza interprogramática del trabajo de la OPS en este ámbito, que incluía programas regionales sobre servicios de laboratorio y hematológicos, enfermedades transmisibles, el SIDA y las infecciones de transmisión sexual, y políticas

públicas y salud. También recalcó la importancia de la colaboración interpaíses y agradeció a los delegados que habían ofrecido compartir su experiencia y conocimientos técnicos con la Organización y otros países de la Región.

El Comité aprobó la resolución CE124.R7.

Seguimiento y evaluación de los procesos de reforma del sector de la salud (documento CE124/17)

El Dr. Daniel López Acuña (Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud) dirigió la atención del Comité al documento “Metodología para el seguimiento y evaluación de la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe,”³ que proporcionaba el marco conceptual sobre el tema. Esa publicación había sido producto de un esfuerzo iniciado a raíz de la primera Cumbre de las Américas, celebrada en Miami en 1994, durante la cual los gobiernos de la Región encomendaron a la OPS la tarea de la vigilancia y la evaluación de los planes y programas de reforma del sector sanitario en los países de las Américas. Después de la Cumbre, la Organización había copatrocinado la Reunión Especial sobre Reforma del Sector de la Salud, celebrada en la sede de la OPS en septiembre de 1995, en la cual se habían definido mejor las actividades de la reforma y las bases para el seguimiento. También se había establecido un punto de comparación para permitir el análisis comparativo de los resultados de la vigilancia y la evaluación de la reforma en diferentes países, y se habían formulado normas para la preparación de perfiles de los sistemas de servicios de salud, que habían sido utilizados por más de 20 países hasta el presente. Desde 1997, la OPS también había participado en la Iniciativa de Reforma del Sector de la Salud para América Latina y el Caribe, un proyecto quinquenal con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y otros socios. Parte de la finalidad de ese proyecto era el desarrollo de una metodología de seguimiento y evaluación.

La reforma del sector de la salud era un proceso complejo que incluía cambios en la organización y el financiamiento de las instituciones y de las operaciones del sector. El proceso era especial para cada país, pero estaba guiado por un conjunto común de principios, a saber: búsqueda de mayor equidad en el estado de salud y en el acceso a los servicios, mayor participación social, sostenibilidad financiera del sector, utilización más eficaz de los recursos y mayor eficacia y calidad de la atención. La medición de las repercusiones de la reforma resultaba difícil, al igual que el establecimiento de causalidades entre las reformas, el desempeño del sistema de servicios de salud y el estado de salud de la población. Sin embargo, los datos sobre los efectos de la reforma

³ Ejemplares de este documento y de otras publicaciones de la Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud para América Latina y el Caribe pueden obtenerse de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud en la sede de la OPS o en el sitio en la Web: www.americas.health-sector-reform.org.

sectorial eran esenciales para ayudar a los países a que refinasen sus políticas de reforma y para facilitar el intercambio de experiencias fructíferas. La metodología que se había elaborado se centraba tanto en el seguimiento de la dinámica y el contenido de los procesos de reforma sectorial como en la evaluación de los resultados de la reforma con respecto a los principios antedichos. El documento de metodología contenía una lista detallada de los indicadores utilizados para evaluar los resultados en todas esas áreas.

En el debate subsiguiente, el Comité Ejecutivo expresó su agradecimiento a la Organización por su papel fundamental en la elaboración de la metodología para vigilar y evaluar los procesos de reforma del sector de la salud y promover la armonización de los datos. Se instó a la OPS a que siguiera apoyando esas iniciativas. Un Miembro señaló que la evaluación debía incorporarse en el componente de participación social de la metodología, como las percepciones de los supuestos beneficiarios de la reforma sectorial en cuanto a su estado de salud y los servicios de salud podrían arrojar luz sobre la eficacia de los procesos de reforma. Era importante recordar que la finalidad del seguimiento era orientar otras acciones, no solo registrar la situación actual.

El Comité encontró que la metodología era una herramienta valiosa para evaluar la reforma y promover su aplicación en todos los países. No obstante, algunos Miembros tenían preguntas e inquietudes acerca de ciertos aspectos de la metodología. Por ejemplo, ¿eran los indicadores esbozados en el documento lo bastante sensibles a los cambios a corto plazo, y durante qué intervalos debían evaluarse? ¿Estaba la metodología destinada solamente a la evaluación de las primeras etapas de la reforma o se volvería a aplicar una y otra vez? ¿Cómo se adaptaría la metodología para responder a los cambiantes procesos de reforma en los países y para facilitar el intercambio de ideas y las experiencias sobre éxitos y fracasos en esos procesos? En vista de que la metodología era tan integral, podría presentar dificultades a los países pequeños con poco personal para aplicarla. Es más, exigía volver a recabar información que ya existía en otros informes. Se observó que la metodología era todavía bastante nueva y, aunque parecía bien diseñada, se requeriría más experiencia en su aplicación para determinar si satisfacía las necesidades de los países.

En lo referente a la reforma misma del sector, se señaló que era necesario contar con el liderazgo del gobierno y con metas firmes y bien definidas para que los procesos de reforma alcanzaran el objetivo de mejorar la situación sanitaria de la población, que era la única justificación de la reforma. Estaba claro, a partir de varias experiencias citadas durante la reunión, que la reforma sectorial podría ser una espada de doble filo. Por ejemplo, la descentralización había tenido algunas consecuencias no intencionales, como colocar una carga desproporcionada sobre las mujeres como proveedoras de asistencia sanitaria y disminuir las tasas de cobertura de vacunación. Los países necesitaban sopesar cuidadosamente los efectos, tanto positivos como negativos, de la descentralización y las medidas de reforma del sector sanitario, especialmente con

respecto a las necesidades en asuntos de salud de los grupos marginados. También cabía recordar que los servicios de salud debían seguir funcionando óptimamente en medio de los procesos de reforma, que debían ser amplios y no limitarse a cambios en el financiamiento y la organización de los servicios.

Varios delegados describieron los procesos de reforma del sector de la salud que estaban en marcha en sus países respectivos y ofrecieron intercambiar las experiencias y las enseñanzas resultantes de dichos procesos. Tanto el Canadá como Antigua y Barbuda indicaron que estarían terminando sus perfiles de país en los próximos meses.

El Dr. López Acuña estuvo de acuerdo con la necesidad de contar con indicadores sensibles para medir no solo la repercusión de los procesos de reforma sobre el estado de salud sino también el grado en que las reformas mejoraban el desempeño del sistema sanitario. La aplicación de la herramienta de evaluación había revelado un grave déficit de información sobre la última pregunta, y el proceso de seguimiento y evaluación debía ser rectificado para que aportara esos datos. Con esa finalidad, la OPS estaba colaborando con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos en la elaboración de un marco que midiera el desempeño de las funciones esenciales de salud pública a todos los niveles con relación a la delegación de responsabilidades de las actividades de salud pública. También se estaba elaborando un índice simplificado de la calidad de la atención para indicar dónde debían concentrarse las intervenciones para mejorar la calidad.

Un reto importante era el de lograr que el seguimiento y la evaluación se convirtieran en parte integrante del proceso de reforma del sector de la salud. Contar con una metodología no significaba que todos los países la utilizaran de la misma manera. Al contrario, debía ser un punto de comparación a partir del cual los países quizá decidieran analizar más a fondo ciertos procesos o resultados claves según lo exigiera su situación particular. Algunos países ya habían pedido ayuda para aplicar la metodología de esa manera. Por lo tanto, la próxima fase en la institucionalización del seguimiento y la evaluación era pasar de un proceso general a diseños especiales que se ajustaran a las necesidades de cada país y pudiesen identificar mejor las medidas correctivas que se necesitaban en los procesos de reforma.

El Director dijo que le complacía que tantos delegados apreciaran la necesidad de evaluación tanto de los procesos como de los resultados de la reforma del sector de la salud. La consideración de los resultados era particularmente importante para evaluar si se estaba alcanzando la meta de mejorar la equidad. Sin embargo, los efectos de la reforma sobre la equidad eran difíciles de demostrar, ya que había poca experiencia en cuanto a los factores determinantes del estado de salud y a la manera en que los cambios en los sistemas de atención personal influían en los resultados de salud. Una mayor equidad y una mejor situación sanitaria quizá no iban a ser visibles durante mucho

tiempo, y si los resultados no se veían, la firmeza necesaria para mantener los procesos de reforma tendería a debilitarse. Esperaba que continuase la colaboración fructífera de la Organización con los países y en particular con los Estados Unidos por intermedio de la USAID.

La OPS deseaba recalcar que la función rectora del ministerio de salud era tan importante como otros aspectos de la reforma. Se observaba una gran diferencia en el logro de los objetivos de la reforma dependiendo de la presencia o no de los ministerios de salud. La modificación de los procesos de reforma era una función crucial del liderazgo. Para lograr la durabilidad de la reforma, el ministerio de salud tenía que poder guiarla y modificarla según fuese necesario.

El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE124.R8.

Salud de los trabajadores en la Región de las Américas (documento CD124/18 y Plan Regional sobre Salud de los Trabajadores)

La Dra. Maritza Tennassee (Asesora Regional en Salud de los Trabajadores) esbozó los componentes principales del Plan Regional sobre Salud de los Trabajadores, que se había preparado en respuesta a los mandatos estipulados en la resolución CSP23.R14, aprobada por la Conferencia Sanitaria Panamericana en 1990, en las orientaciones estratégicas y programáticas para la OPS para el período 1999-2002, así como en otras resoluciones aprobadas por los Cuerpos Directivos de la OPS y la OMS en años recientes. El Plan se había concebido como parte de un esfuerzo más grande para promover el desarrollo humano sostenible, reconociendo que la salud de los trabajadores era crucial para la productividad, el crecimiento económico y el bienestar de la población. Suministraba un enfoque integral que era a la vez multisectorial, participativo y, sobre todo, preventivo, por su naturaleza. Una versión preliminar se había presentado al Subcomité de Planificación y Programación, que había apoyado el enfoque preventivo y la orientación del Plan con miras a reducir las inequidades económicas, sociales, sanitarias y ambientales que influían en la salud de los trabajadores.

El Plan tenía como finalidad mejorar el ambiente de trabajo, las condiciones de vida, el estado de salud y el bienestar general de los trabajadores para avanzar hacia el desarrollo humano sostenible con equidad y justicia social. Planteaba los objetivos, las estrategias, las líneas de acción y las actividades en cuatro áreas programáticas: calidad de los ambientes de trabajo, políticas y legislación, promoción de la salud de los trabajadores y servicios integrales de salud de los trabajadores. Para mejorar las condiciones de trabajo y la calidad de los ambientes de trabajo, el Plan hacía hincapié en la prevención primaria mediante el fortalecimiento de la capacidad de los países para prever, identificar, evaluar y controlar los riesgos. En el área de las políticas y la legislación, las actividades se orientaban a la elaboración y la aplicación de instrumentos

legales y de política para proteger a los trabajadores y aumentar la conciencia de la importancia de la salud de los trabajadores para el desarrollo social y económico. El objetivo en el área de la promoción de la salud de los trabajadores era fomentar una nueva cultura del trabajo y promover la creación de lugares de trabajo sanos. En cuanto a la cuarta área, servicios integrales de salud de los trabajadores, el objetivo era fortalecer la capacidad de los países para ampliar la cobertura de atención de la salud y el acceso para los trabajadores, en especial a los servicios preventivos, la promoción de la salud, y la atención y rehabilitación física y social.

El éxito del Plan dependería del compromiso, la cooperación y la coordinación entre las diversas instituciones y los actores participantes. A nivel nacional, dependería del liderazgo de los gobiernos nacionales —especialmente los ministerios de salud— y la sociedad civil. Las organizaciones internacionales también tenían un papel importante que desempeñar. La OPS seguiría colaborando con los países al poner en práctica el Plan a nivel nacional mediante la movilización de recursos humanos, financieros y materiales; el desarrollo de sistemas de información para la generación de datos fidedignos; y la difusión de información para ayudar a controlar los riesgos ocupacionales. En la esfera internacional, seguiría forjando alianzas estratégicas con otras organizaciones y organismos interesados en la salud de los trabajadores. Las actividades regionales serían financiadas por \$595.000 de fondos del presupuesto ordinario, complementados por unos \$5.000.000 en recursos extrapresupuestarios, sin incluir los recursos que se movilizarían por medio de las alianzas estratégicas. Otro anexo al documento, distribuido durante la intervención de la Dra. Tennessee, resumía algunas de las actividades llevadas a cabo en años recientes por los países, la OPS y otras organizaciones, y esbozaba las principales áreas de colaboración con otras organizaciones y actores.

El Comité Ejecutivo expresó su apoyo al Plan Regional como un marco para la acción necesaria destinada a recopilar datos y difundir información sobre la situación de los trabajadores; mejorar la vigilancia de los riesgos, las enfermedades y las lesiones ocupacionales; fortalecer las políticas y la legislación para proteger a los trabajadores; y ampliar la cobertura de atención de salud para los trabajadores. Al igual que el Subcomité de Planificación y Programación, el Comité aplaudió la orientación preventiva del Plan y recalcó la importancia de un enfoque intersectorial a la salud de los trabajadores, aunque se observaba la dificultad de armonizar las prioridades de los diversos sectores participantes. También recalcaba la necesidad de atención especial a la situación de los trabajadores del sector informal, los que trabajan por su cuenta, y los pequeños productores y dueños de empresas, dada la falta de protección y el riesgo mayor de enfermedades y lesiones, discapacidad y muerte que ellos suelen afrontar.

El adiestramiento de recursos humanos se consideraba fundamental para mejorar la capacidad de los países de asegurar mejor atención de salud para los trabajadores, ya que había una escasez de profesionales adiestrados en salud y seguridad ocupacionales.

No obstante, se señaló que, en muchos casos, el obstáculo mayor a la elaboración de programas de salud de los trabajadores eficaces a nivel nacional no era la falta de especialistas en salud ocupacional sino la falta de un liderazgo fuerte. La OPS podría desempeñar una función vital al motivar a aquellos especialistas a tomar la delantera cuando abogan por la salud de los trabajadores en las esferas técnica, legal y financiera.

Varios delegados subrayaron el grave problema del estrés relacionado con el trabajo, causado, entre otras cosas, por el trabajo repetitivo o aburrido, el trabajo en condiciones insalubres y el trato abusivo por los superiores. Un delegado señaló que el estrés y el ausentismo consiguiente eran un problema en el sector de la salud en su país, en particular entre las enfermeras. La violencia en el lugar de trabajo, un fenómeno creciente en algunos países, se citó como otra fuente de estrés entre los trabajadores. Se destacó la necesidad de investigar sobre estos temas y de que los programas aborden las necesidades en asuntos de salud emocional y mental de los trabajadores. La promoción de un programa de investigación en salud ocupacional se consideraba otra actividad prioritaria para la OPS.

Se hicieron varias sugerencias concretas para mejorar el Plan. Uno era asignar mayor importancia a la promoción de la salud mental de los trabajadores, según se había dicho. En cuanto al área del programa encaminada a fortalecer la legislación y las políticas, se señaló que también era importante promover medidas para lograr que las leyes y las políticas adoptadas se aplicaran y se vigilara el cumplimiento de las convenciones internacionales en relación con la salud de los trabajadores. Las actividades propuestas para ampliar la cobertura de atención de la salud para los trabajadores se consideraban técnicamente factibles pero un tanto ambiciosas, dadas las condiciones económicas y políticas existentes en los países. También se puso de relieve la necesidad de asignar mayor importancia al análisis diferencial de los efectos de las condiciones de trabajo insalubres sobre los diversos grupos de población, en particular las mujeres y los niños.

El representante de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS) dijo que AIDIS había creado recientemente una división especial dedicada a la salud de los trabajadores y expresó la voluntad de la Asociación de colaborar con la OPS al poner en práctica el Plan Regional.

La Dra. Tennessee dijo que las observaciones del Comité reflejaban claramente la magnitud y la variedad de problemas que necesitaban abordarse para mejorar las condiciones de salud, de trabajo y de vida de los trabajadores de la Región. El Plan estaba concebido para brindar un marco encaminado a establecer alianzas interinstitucionales, internacionales e interpaíses; este marco era una necesidad puesto que ningún país, institución o disciplina tenía recursos humanos ni financieros suficientes para responder eficazmente por sí solo. Estuvo de acuerdo en que era necesario hacer más investigación

sobre el estrés ocupacional a objeto de diseñar las intervenciones apropiadas. También observó que el estrés ocupacional era otro de los temas que requería un enfoque multisectorial, dado que la inestabilidad del mercado de trabajo y la falta de seguridad del trabajo se encontraban entre las causas principales de ese estrés. Finalmente, agradeció a los delegados sus sugerencias y expresó su agradecimiento a AIDIS por su apoyo.

El Comité aprobó la resolución CE124.R9.

Enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes y resistencia a los antimicrobianos (documento CE124/19)

El Dr. Marlo Libel (Asesor en Enfermedades Transmisibles) describió la amenaza mundial planteada por las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, que se multiplicaba por el problema creciente de la resistencia a los antimicrobianos. En las Américas, la aparición del síndrome pulmonar por hantavirus, la amenaza de la reurbanización de la fiebre amarilla y el resurgimiento del dengue clásico y del dengue hemorrágico habían demostrado que la batalla contra las enfermedades infecciosas estaba lejos de haberse ganado. La aparición de enfermedades se asociaba con una variedad de factores ambientales, sociales y económicos, en especial, el crecimiento del comercio internacional y un aumento de los viajes internacionales. Asimismo, tenía repercusiones sociales y económicas, además de los efectos sanitarios.

Para responder a la amenaza, la OPS estaba promoviendo un enfoque triple que constaba de los siguientes componentes: vigilancia de las enfermedades y los síndromes emergentes, detección de brotes y respuesta a ellos, y vigilancia y prevención de la resistencia a los antimicrobianos. Un cuarto componente que apoyaba a los otros tres era el desarrollo de la capacidad de laboratorios de salud pública. Bajo el componente de vigilancia y con el apoyo de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, se habían puesto en funcionamiento dos redes subregionales de laboratorio, una en la región amazónica y otra en el Cono Sur. Para complementar las actividades de vigilancia basada en el laboratorio, se estaba introduciendo la notificación de síndromes en los sitios centinela.

Otro aspecto esencial del componente de vigilancia era el de asegurar el acceso rápido a información actualizada. El uso de la Internet para el intercambio de información representaba tanto una oportunidad como un reto, porque si bien permitía la difusión rápida de información a nivel nacional e internacional por conducto de una variedad de actores (ONG, sector privado y la prensa, además de los servicios de salud pública), la exactitud de esa información no podía reglamentarse fácilmente. La OPS estaba desarrollando una plataforma electrónica que permitiría a los sistemas nacionales de vigilancia epidemiológica ingresar sus datos directamente y consultar los datos aportados por otros países. La base de datos podría buscarse por varios parámetros y se integraría

con un sistema de información geográfica (SIG) si los datos estaban desglosados. Una vez validados, los datos se le presentarían a un público más amplio por conducto de la página de la OPS en la Web.

Con relación a la detección y la respuesta a los brotes, la Organización estaba trabajando con los países con miras a fortalecer la capacidad subregional y nacional para tratar los brotes de enfermedades infecciosas mediante el adiestramiento de equipos multidisciplinarios de respuesta a los brotes. También se estaban preparando materiales de adiestramiento para periodistas con miras a ayudar a mejorar la fiabilidad de la cobertura de los medios de comunicación en una situación de brote epidémico. También se prestaría atención a la capacidad de los sistemas de vigilancia y de laboratorios para detectar un brote e identificar el agente patógeno que lo causaba.

Con respecto a la resistencia a los antimicrobianos, la cooperación técnica de la OPS se orientaba hacia la determinación de la magnitud del problema en la Región, revisión de las políticas de prescripción de medicamentos, promoción del uso racional de los antibióticos y mejoramiento de la capacidad de laboratorio para realizar pruebas de sensibilidad a los antibióticos. Se habían establecido redes para vigilar la resistencia a los antimicrobianos de los microorganismos resistentes a la cloroquina como *Plasmodium falciparum*, *Mycobacterium tuberculosis* y los agentes patógenos entéricos; la última red se había desarrollado en colaboración con el Centro de Laboratorios para el Control de Enfermedades del Canadá. Era esencial vigilar la resistencia y llevar a la práctica programas de control, mientras los medicamentos de primera y segunda línea menos costosos fueran todavía eficaces, ya que muchos países no podían pagar los medicamentos de reemplazo, que costaban mucho más.

La visión de la Organización durante el siglo XXI era la de velar por la existencia de sistemas nacionales adecuados para la vigilancia de enfermedades, de redes regionales para el seguimiento de enfermedades, el intercambio rápido de información y la capacidad para ejecutar actividades eficaces de preparativos y respuestas, tanto a nivel nacional como internacional. La colaboración entre la OPS, los Estados Miembros y muchos socios nacionales e internacionales sería esencial para materializar esa visión.

El Comité expresó su apoyo a las estrategias que se habían descrito. Se recalcó la importancia de fortalecer los laboratorios de salud pública para apoyar la vigilancia y permitir la detección rápida y la respuesta a los brotes. Sería necesario introducir técnicas mejoradas de laboratorio, especialmente para ayudar a aislar y caracterizar agentes patógenos emergentes como *Escherichia coli* O157:H7. Se necesitaban recursos en cantidades considerables para lograr y mantener la capacidad mejorada de laboratorio, lo cual sugería que un enfoque escalonado para poner en práctica esa estrategia sería sumamente apropiado. También se señaló que el fortalecimiento de la infraestructura de diagnóstico implicaba no solo mejores laboratorios sino también mejorar el

adiestramiento del personal médico en materia de diagnóstico clínico de las enfermedades emergentes. La capacidad nacional de vigilancia epidemiológica tenía que fortalecerse a todos los niveles. Debería incorporar la vigilancia continua de la resistencia a los antimicrobianos de los agentes de enfermedades prevalentes, particularmente de la tuberculosis, la malaria por *P. falciparum* y las infecciones entéricas comunes. El uso excesivo de medicamentos antirretrovíricos también había planteado inquietudes sobre la aparición posible de resistencia a dichos medicamentos. Era necesario hacer más estudios para determinar las variaciones dentro de los países y entre estos en cuanto a resistencia a los antimicrobianos. Se instaba a la OPS a que desempeñara una función de liderazgo promoviendo la recopilación de datos fidedignos.

Hubo consenso acerca de la importancia de la gestión de la información durante los brotes para evitar repercusiones negativas sobre la salud y la economía, la cobertura de prensa inexacta y los rumores no controlados. Otros puntos mencionados en el debate fueron que era necesario fortalecer todos los aspectos de los sistemas de información: desde la notificación de enfermedades hasta la compilación de datos y su análisis; que todos los países deberían adoptar normas comunes para las definiciones de caso y la notificación; y que debían crearse equipos regionales de respuesta a los brotes epidémicos para que el personal adiestrado estuviese disponible con prontitud en esos casos. Un delegado señaló que el proyecto de presupuesto ordinario para el bienio 2000-2001 incluía solo un aumento muy pequeño en el financiamiento del Programa de Prevención y Control de Enfermedades para las actividades contra las enfermedades tropicales, mientras que el financiamiento extrapresupuestario mostraba una disminución de casi 50%.

Un tema que era motivo de grave preocupación para algunos países era la amenaza de la reurbanización de la fiebre amarilla. Se necesitaba mejorar la vigilancia para brindar información oportuna para la toma de decisiones relativa a la ayuda. Sin embargo, la falta de disponibilidad de la vacuna quizá obstaculizara las actividades de prevención y control de brotes, aunque la vigilancia fuese adecuada.

En respuesta a la última observación, el Dr. Libel dijo que los problemas con la disponibilidad de vacuna antiamarílica podrían resolverse si los países asumieran el compromiso político de llevar a cabo los programas universales de vacunación y dieran a los productores de vacunas, de dentro y fuera de la Región, un período de preparación de por lo menos seis meses para suministrar la cantidad necesaria de vacunas. En lo referente a la vigilancia de la fiebre amarilla, resultaba preocupante que solo 20% de los casos selváticos fueran confirmados por laboratorio, mientras que el resto se diagnosticaba solamente sobre la base de las características clínicas. En realidad, la confirmación de laboratorio y la identificación de muchos agentes patógenos todavía no eran una práctica común, debido a la falta de infraestructura y suministros. Al mismo tiempo, había una necesidad reconocida de mejorar el diagnóstico clínico así como de

laboratorio. El uso de definiciones de caso uniformes en toda la Región era sumamente aconsejable, y a él le complacía escuchar el interés que había demostrado el Comité por este problema.

Los países estaban encontrando maneras de afrontar los retos de las enfermedades emergentes y reemergentes mediante esfuerzos individuales y conjuntos. Varios países habían obtenido préstamos grandes para reestructurar sus sistemas de vigilancia y así estar mejor preparados para responder a las emergencias de enfermedades infecciosas. Las redes de laboratorio eran un ejemplo excelente de la cooperación técnica entre países. La red del Cono Sur podría ayudar a otros países preocupados por *E. coli* O157:H7, que dicha red había identificado como prioridad. Los equipos de respuesta previstos por la OPS serían grupos internacionales de expertos, que posiblemente incluirían personal de fuera de la Región, los cuales podrían movilizarse temprano para ayudar en todos los aspectos de la respuesta a un brote, desde estudios sobre el terreno hasta el manejo de la información para la prensa. En lo referente a esta última actividad, recalcó que una labor constructiva con los medios de comunicación durante un brote de enfermedades infecciosas daba a los ministerios de salud la oportunidad de corregir la información errónea procedente de otras fuentes y de comunicar las medidas que se estaban tomando para proteger al público. Con respecto a la resistencia a los antimicrobianos, tal como el Comité había señalado, esta solía encontrarse en algunos de los agentes patógenos más prevalentes. Por lo tanto, podría tener un efecto marcado sobre la población y merecía la más alta prioridad.

El Director explicó que la disminución evidente en los fondos extrapresupuestarios para el control de las enfermedades infecciosas mostrada en el documento del presupuesto reflejaba los recursos asegurados hasta la fecha. A lo largo del bienio 2000-2001, sin duda alguna, habría un aumento considerable del financiamiento externo destinado a las iniciativas que se habían descrito.

El Comité aprobó la resolución CE124.R13.

Informe sobre la XI Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial (documento CE124/20)

El Dr. Primo Arámbulo III (Coordinador, Programa de Salud Pública Veterinaria) informó sobre la XI Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial (RIMSA XI), que se había celebrado en la sede de la OPS del 13 al 15 de abril de 1999. El objetivo de la Reunión había sido fortalecer las esferas de interés común a los sectores de salud y agricultura. Dicha reunión había contado con la asistencia de delegaciones de 34 Estados Miembros, 30 de las cuales habían estado encabezadas por el ministro o el viceministro de agricultura y ganadería o de salud. También habían asistido representantes de organismos de cooperación técnica y financiera y del sector privado

(incluidas asociaciones de ganaderos, industria de alimentos, organizaciones no gubernamentales y universidades), así como representantes de 11 países de la Región de las Américas.

Los temas abordados en la Reunión se describían en el documento CE124/20. Los participantes habían efectuado contribuciones informativas relacionadas con los aspectos políticos y técnicos de esos temas y habían aprobado 13 resoluciones. La mayoría de las resoluciones solicitaba la cooperación técnica continua de la OPS e instaba a los sectores sanitario y agropecuario a que colaboraran para abordar problemas comunes tales como inocuidad de los alimentos y control de las zoonosis. La Reunión había recomendado que los Cuerpos Directivos de la OPS aprobaran los programas propuestos del Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ) y del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) para el próximo bienio y les asignaran recursos económicos acordes con las necesidades de sus programas de cooperación técnica y con los recursos de la Organización (resoluciones RIMSA11.R5 y RIMSA11.R8). Los participantes también habían felicitado a la OPS por su apoyo a lo largo de los años para el avance de la salud pública veterinaria en las Américas y habían reconocido el 50.^o aniversario del Programa de Salud Pública Veterinaria (resolución RIMSA11.R2).

RIMSA XI había apoyado la necesidad de ampliar la visión y el análisis de los problemas comunes a los sectores agropecuario y de la salud. Las áreas de interés común incluían preocupaciones conjuntas tradicionales, como la protección de alimentos, las zoonosis, la fiebre aftosa y la sanidad animal, así como una serie de otros temas, como la repercusión de las enfermedades endémicas rurales sobre la fuerza laboral agropecuaria y la economía, los riesgos para la salud y el ambiente asociados con los productos químicos agropecuarios y los nuevos ciclos epidémicos a que estaban expuestas las poblaciones a medida que se ampliaba la frontera agropecuaria. Para explicitar mejor los estrechos vínculos entre los sectores, se adoptó un nuevo nombre, Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura, para la próxima reunión en 2001, pero la sigla RIMSA se conservará (resolución RIMSA11.R3).

El Dr. Arámbulo señaló a la atención del Comité varios documentos que se habían distribuido para su información: el informe de la RIMSA X sobre la inocuidad de los alimentos, un folleto de la OMS sobre la política de protección de los alimentos durante el próximo milenio y un folleto que describía el trabajo del Programa de Salud Pública Veterinaria y sus centros especializados.

El Comité estuvo de acuerdo en que debería existir una estrecha relación de trabajo entre los ministerios de salud y los ministerios de agricultura y ganadería para hacer frente a los problemas comunes, y creía que el cambio en el nombre de la reunión destacaba esa relación. El fortalecimiento de los vínculos y una mejor coordinación entre

los sectores con respecto a los temas abordados en RIMSA XI se reflejaría en una mejor salud entre la población de la Región. Se expresó apoyo al Programa de Salud Pública Veterinaria, al PANAFTOSA y al INPPAZ. Un delegado solicitó más información sobre la iniciativa para formar una red de laboratorios destinada al análisis de los alimentos, que se mencionaba en la resolución RIMSA11.R9.

El Dr. Arámbulo contestó que la base de esa iniciativa era la función decisiva que los laboratorios desempeñaban en la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por los alimentos. Era necesario contar con mejor información cuantitativa para fortalecer la cooperación técnica de la OPS y para guiar la fijación de prioridades. Se estaba desarrollando la red de laboratorios. Se estaba buscando apoyo financiero del Banco Interamericano de Desarrollo para ejecutar plenamente la iniciativa, pero el apoyo de los países era también crucial. Actualmente, nueve países estaban notificando al INPPAZ brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos. Esos informes permitían analizar dónde estaban ocurriendo la mayoría de los brotes (40% ocurrieron en el hogar), los agentes causales de los brotes, y los alimentos en cuestión. Tanto la OPS como los países necesitaban esa clase de información para prevenir las enfermedades transmitidas por los alimentos, de manera que instaba a todos los países a unirse al programa de vigilancia epidemiológica.

El Comité no consideró necesario aprobar una resolución sobre el tema pero tomó nota del informe y de las resoluciones aprobadas por RIMSA XI (decisión CE124[D9]).

Presentación especial sobre el problema del año 2000 en el sector de la salud

El Ing. Antonio Hernández (Asesor Regional en Ingeniería y Mantenimiento de Servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud) presentó información relativa a las posibles repercusiones del problema del año 2000 en el sector de la salud y las medidas que la OPS había tomado para abordarlo. Empezó por describir la naturaleza del problema, que provino de la práctica de usar solo los dos últimos dígitos de un año para registrar las fechas en los sistemas más antiguos de computación, muchos de los cuales siguen usándose en los países de la Región. En tales sistemas, cuando el año cambie de 1999 a 2000, se registraría como “00”, lo que podría conducir a fallas en las computadoras y el equipo computarizado usado en el sector de la salud. Las consecuencias podrían variar desde molestias menores hasta la muerte, si el equipo crítico de diagnóstico o terapéutico se descompusiera. Además, los problemas del efecto del año 2000 en los sistemas de computación externos al sector de la salud, en particular los usados por los sistemas de telecomunicación y las empresas de servicios públicos y las de transporte, quizá también afectasen a las operaciones de los establecimientos de asistencia sanitaria.

La Organización había estado trabajando para abordar el problema del efecto del año 2000 desde 1996, tanto dentro de la Oficina como en los países miembros. Si bien todos los sistemas internos de la OPS ya estaban adaptados al año 2000, el sector sanitario en su totalidad se estaba quedando a la zaga con respecto a otros sectores en sus preparativos para el año 2000. Por consiguiente, el sector debía actuar de inmediato para identificar los sistemas y el equipo susceptibles de presentar el problema y adaptarlos antes del año 2000.

La OPS instó a las autoridades sanitarias en los países miembros a que elaboraran un plan de acción que comprendía cuatro fases, a saber: la fase de preparación (junio 1999 a noviembre 1999); la fase de crisis (diciembre de 1999 a marzo 2000), el período crítico (31 de diciembre al 1 de enero) y la fase posterior a la crisis (marzo de 2000 en adelante). Las medidas que debían tomarse en cada fase se describían en el documento “Resumen sobre el problema del año 2000 (Y2K) en los servicios de salud”, que se distribuyó a todos los participantes durante la sesión del Comité Ejecutivo.⁴

Asuntos relativos a la Constitución

Modificaciones propuestas a la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud (documento CE124/8)

La Dra. Heidi Jiménez (Jefa, Oficina de Asuntos Jurídicos) examinó los sucesos que habían conducido a la propuesta para modificar la Constitución de la OPS a objeto de que las prácticas relativas a la elección del Director de la OSP fuesen congruentes con las de la sede de la OMS y las otras oficinas regionales. La resolución EB102.R1, aprobada por el Consejo Ejecutivo de la OMS en su 102.^a reunión, estipulaba que los directores regionales serían nombrados por períodos quinquenales y serían aptos para la reelección solo una vez. La resolución pedía al Director de la OSP que tratara con los Cuerpos Directivos la posibilidad de modificar la Constitución de la OPS para establecer las mismas reglas para el nombramiento del Director de la OSP. Ese cambio también haría coincidir las prácticas de la OPS con las disposiciones de la Carta de la Organización de los Estados Americanos (OEA) en relación con la elección del Secretario General.

El asunto había sido examinado por los Cuerpos Directivos en diversas ocasiones desde 1998. Entre otras consideraciones, se había señalado que el cambio del mandato del Director requeriría modificar la Constitución para cambiar la frecuencia de la Conferencia Sanitaria Panamericana, que era la que elegía al Director. El consenso de los Estados Miembros había sido que el cambio era aconsejable y, en consecuencia, en su

⁴ Pueden solicitarse a la Secretaría ejemplares del documento, que menciona además varias fuentes de información sobre el problema del año 2000. También puede consultarse la página de la OPS en la Web: www.paho.org/spanish/hsp/hsphse.htm. (Esta última información, por el momento, solo puede consultarse en español.)

123.^a sesión, el Comité Ejecutivo había recomendado que el 41.^{er} Consejo Directivo modificara la Constitución de la OPS para que la Conferencia se reuniera cada cinco años y el Director se eligiera por un período de cinco años y no pudiera reelegirse más de una vez. El Comité también había recomendado que el cambio entrara en vigor a partir de la fecha de la inauguración de la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, que se celebraría según se había programado en 2002, para coincidir con el centenario de la Organización. Finalmente, el Comité había solicitado al Director, de acuerdo con las disposiciones del Artículo 28 de la Constitución de la OPS, que informara a los Estados Miembros acerca de las modificaciones propuestas al menos tres meses antes del 41.^{er} Consejo Directivo. El documento CE124/8, que contenía el texto de la modificación propuesta, respondía a esa solicitud.

El Comité Ejecutivo reiteró su apoyo a los cambios propuestos y agradeció al Director que hubiese puesto al alcance de los interesados la información disponible con mucha anterioridad a la celebración del Consejo Directivo (decisión CE124[D5]).

Asuntos administrativos y financieros

Informe sobre la recaudación de las cuotas (documento CE124/21 y CE124/21, Add. I)

El Sr. Mark Matthews (Jefe, Departamento de Presupuesto y Finanzas) informó que hasta el 1 de enero de 1999 el monto total de las contribuciones adeudadas correspondientes a los años anteriores a 1999 ascendía a \$44,8 millones. La OPS había recibido \$23,9 millones en pagos entre el 1 de enero y el 11 de junio de 1999, con lo cual la cantidad total adeudada era de \$20,9 millones. La cantidad correspondiente de pagos en mora hasta junio de 1998 sumaba \$18 millones, mientras que en junio de 1997 había sido de \$23 millones. El 11 de junio se había recibido otro pago de \$24.168 del Ecuador.

La recaudación de las cuotas señaladas para 1999 hasta el 18 de junio sumaba \$20,6 millones. Cinco Estados Miembros habían pagado la totalidad de sus contribuciones para 1999, siete habían efectuado pagos parciales, y 27 no habían efectuado ningún pago de sus cuotas para 1999. Esas recaudaciones representaban 25% de las cuotas señaladas para el año en curso. El porcentaje correspondiente había sido de 25% en junio de 1998, 30% en 1997, y 14% en 1996. En conjunto, la recaudación de las cantidades en mora y las cuotas señaladas para el año en curso durante 1999 totalizaban \$45 millones, en comparación con \$54 millones en 1998 y \$44 millones en 1997. Un factor significativo en la disminución de las recaudaciones durante 1999 había sido el retraso en el pago de las cuotas por varios de los Estados Miembros más grandes de la Organización.

A la fecha de la apertura de la 124.^a sesión del Comité Ejecutivo, tres países estaban potencialmente sujetos a la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la

OPS y quizá, por consiguiente, sus privilegios de voto se suspenderían en el 41.^{er} Consejo Directivo, ellos eran: República Dominicana, Ecuador y Perú. Sin embargo, durante la 124.^a sesión, se recibió un pago sustancial del Perú; por lo tanto, ya no estaba sujeto a la aplicación del Artículo 6.B.

En los debates del Comité sobre el tema, se expresó preocupación acerca del aumento propuesto de 5,9% de la porción de la OPS del presupuesto para 2000-2001, dado el gran número de países que no había efectuado ningún pago de sus cuotas para 1999. Se señaló que los países tendrían mayores dificultades para cumplir sus obligaciones con la Organización si los Cuerpos Directivos aprobaban un presupuesto que ocasionaría el aumento de las contribuciones.

El Director dijo que formularía observaciones sobre el proyecto de presupuesto cuando ese tema fuese tratado por el Comité.

El Comité aprobó la resolución CE124.R1.

Informe financiero parcial del Director para 1998 (Documento oficial 292)

El Sr. Matthews también presentó el Informe Financiero Parcial del Director para 1998, que contenía la información referente a las transacciones financieras de la Organización durante el período comprendido entre el 1 de enero de 1998 y el 31 de diciembre de 1998 y su situación financiera hasta esta última fecha. También se incluían 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).

Gracias a la gestión financiera prudente, la situación financiera general de la Organización era sólida. Un aumento en la recaudación de las cuotas pendientes para los años anteriores a 1998, unido a una disminución de los gastos totales, había dado lugar a un exceso de ingresos sobre los gastos de \$24,0 millones en el presupuesto ordinario. Las recaudaciones de las cuotas correspondientes a años anteriores habían ascendido a \$38 millones, o sea, 72% del saldo pendiente hasta el 1 de enero de 1998, en comparación con \$13 millones recibidos en 1997 y \$34 millones en 1996. Los pagos recibidos, correspondientes a las contribuciones del año en curso en 1998 ascendieron a \$51,3 millones, lo que equivalía a 62% del total de las cuotas correspondientes a ese año. Los ingresos varios durante 1998 habían totalizado aproximadamente \$8.000.000 millones.

Los gastos totales de 1998 habían ascendido a \$265,7 millones, lo que representaba un aumento de \$78,8 millones con respecto a 1996, el primer año del bienio anterior. El aumento podía atribuirse en gran parte a los aumentos de las ventas para el

Fondo Rotatorio para el Programa Ampliado de Inmunización y los gastos para los fondos fiduciarios, el socorro en casos de desastres naturales y proyectos de la OMS.

En conformidad con el Artículo 103.4 de las Reglas Financieras de la OPS, cualquier excedente al finalizar un ejercicio financiero se destinaría a la reconstitución del Fondo de Trabajo para cubrir así cualquier retiro que se hubiera hecho de dicho Fondo. En consecuencia, todo excedente en los ingresos que quedara a fines del bienio 1998-1999, se usaría para reconstituir el Fondo a su nivel autorizado de \$15 millones. Sin embargo, las obligaciones financieras contraídas desde el 31 de diciembre de 1998 reducirían considerablemente el saldo de los fondos del presupuesto ordinario actual de \$24 millones para fines del bienio.

Los tres centros panamericanos mencionados, CAREC, CFNI e INCAP, habían experimentado un déficit neto combinado de \$236.000 durante 1998. Los gastos del CAREC durante el año habían sido superiores a los ingresos por un monto de \$227.000. Al 31 de diciembre de 1998, los Miembros adeudaban un total de \$4,9 millones en contribuciones. Los gastos del CFNI también habían sido superiores a los ingresos, en \$90.000, y su déficit acumulado había aumentado de \$142.000 en 1997 a \$232.000 al 31 de diciembre de 1998. La mora en el pago de las cuotas había disminuido a \$786.000 para fines de 1998, en comparación con \$910.000 a finales de 1997, pero solo se habían pagado \$92.000 correspondientes a las cuotas del año en curso, frente a \$317.000 para 1998. Los ingresos del INCAP en 1998 habían disminuido a \$4,5 millones, en comparación con \$5,6 millones en 1997; sin embargo, una disminución proporcional en los gastos había dado lugar a un aumento de \$56.000 en el saldo de los fondos del Instituto, que totalizaron \$4,45 millones al final del año. La recaudación de las cuotas había mejorado extraordinariamente, ya que los saldos pendientes disminuyeron de \$843.000 en 1997 a \$444.000 en 1998.

En los debates en el seno del Comité sobre este tema, nuevamente se expresó preocupación acerca de las cantidades en mora correspondientes a las cuotas y la exacerbación de ese problema que ocurriría si se aumentaba el presupuesto ordinario para el bienio 2000-2001. Un delegado expresó la opinión de que cualquier otro aporte de fondos que los países quisieran hacer a la Organización para los proyectos de salud debería tomar la forma de recursos extrapresupuestarios para así evitar el aumento del presupuesto ordinario y por ende, evitar el aumento de las cuotas de los países miembros. También se expresó preocupación acerca de la situación financiera de los tres centros panamericanos mencionados y el uso de fondos del presupuesto ordinario de la OPS para apoyarlos cuando no se recaudaba el monto previsto de las cuotas de sus miembros.

Se pidió a la Secretaría mantener informado al Comité sobre sus avances al abordar los problemas observados por el Auditor Externo en 1998 con respecto al software de contabilidad FAMIS y el problema informático del año 2000. También se

hizo una pregunta acerca de la reposición de dinero al Fondo de Trabajo y si la Secretaría esperaba tener un excedente presupuestario a fines del bienio 1998-1999.

En respuesta a las preguntas relativas al Fondo de Trabajo, el Sr. Matthews dijo que la meta era reconstituir el Fondo al total de su nivel autorizado de \$15 millones, pero agregó que todavía no estaba claro si habría fondos suficientes para alcanzar esa meta. En cuanto al sistema FAMIS, informó que la mayoría de los problemas identificados por el Auditor Externo se habían resuelto y que se habían hecho progresos considerables para que el sistema fuera más fácil de usar. Con respecto al problema informático del año 2000, la Organización tenía un plan de prueba integral y detallado, que estaba ejecutándose a tiempo, y todos los sistemas de la OPS estarían adaptados al efecto del año 2000 a más tardar el 1 de enero de 2000.

En respuesta a las observaciones relativas a la mora en el pago de las contribuciones, el Director dijo que había encontrado razones para sentirse optimista en el Informe Financiero Parcial. La situación de la recaudación de las cuotas en 1998 había mejorado con respecto a 1997, lo que reflejaba el extraordinario esfuerzo que los Estados Miembros habían hecho para pagar sus cuotas. Observó que, en sus 18 años en la OPS, siempre había habido retrasos en el pago de las cuotas, pero no lo consideraba como una indicación de que los países estuviesen renuentes a dar su apoyo a la Organización. La OPS estaba muy agradecida a los países que habían pagado sus cuotas oportunamente, especialmente los contribuyentes más grandes, ya que esos recursos permitían llevar a cabo la labor de la Organización. De igual manera, se sentía optimista en cuanto a las mejoras observadas en el pago de las cuotas al INCAP y creía que pronto se observaría lo mismo en el CAREC. No obstante, tal como lo había señalado en ocasiones anteriores, los centros panamericanos eran parte integrante de la cooperación técnica de la OPS y nunca se había previsto que fueran económicamente autosuficientes.

Con respecto al financiamiento extrapresupuestario para el trabajo de la OPS, estaba muy complacido de que los países estuviesen dispuestos a encomendar dichos recursos a la Organización para los proyectos adecuados, pero los esfuerzos para aumentar el financiamiento extrapresupuestario de ninguna manera reducían la importancia del presupuesto ordinario. Asegurar el financiamiento adecuado del presupuesto ordinario resultaba crucial para que la OPS contara con la capacidad necesaria para ejecutar los programas aprobados por los Estados Miembros. En cuanto al problema del año 2000, la OPS había estado trabajando con funcionarios de los países y seguiría haciéndolo, con miras a asegurar que todos los servicios y sistemas de salud fuesen adaptados al efecto del año 2000.

El Comité Ejecutivo no consideró necesario aprobar una resolución sobre este punto, pero tomó nota del informe (decisión CE124[D6]).

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

El Sr. Eric Boswell (Jefe de Administración, OPS) informó al Comité sobre el estado de varios proyectos financiados por el Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles y por recursos extrapresupuestarios. Uno era un proyecto en tres etapas para el mantenimiento y la reparación del edificio de la OPS en Brasilia. El proyecto había empezado en 1995 y se había previsto que todas las obras estuviesen terminadas, dentro del presupuesto, para fines de 1999. El costo total de ese proyecto era de \$766.000. Otro proyecto para reparar las ventanas de la pared exterior del edificio de la sede de la OPS se había terminado a un costo de \$200.000; el reembolso de 25% de esta cantidad se solicitaría al Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles de la OMS.

También se habían terminado las obras de reemplazo de la calefacción y de las unidades de enfriamiento en el edificio de la sede de la OPS. Ese proyecto, que se había financiado con \$1,1 millones de fondos extrapresupuestarios, se había terminado un mes antes de la fecha prevista y a un 20% menos del costo calculado. Sin embargo, mientras estaba llevándose a cabo el trabajo, se habían detectado graves problemas en otros componentes de los sistemas de calefacción y aire acondicionado. Un consultor de ingeniería estaba evaluando la situación y en breve presentaría sus recomendaciones. La Secretaría calculaba que la reparación y los costos de reemplazo podrían sumar más de un millón de dólares.

Finalmente, el Sr. Boswell informó al Comité que en 1999 se efectuarían modificaciones en el edificio de la OPS en Caracas, para mejorar la apariencia del mismo, así como las condiciones de trabajo del personal. El costo total de ese proyecto se calculaba en \$200.000, y el financiamiento provendría de fuentes extrapresupuestarias.

En los debates en el seno del Comité, se pidió al Sr. Boswell que aclarara la procedencia de los fondos para la reparación de los sistemas de calefacción y aire acondicionado en el edificio de la sede. Explicó que la reparación se había financiado con el 13% para gastos generales que la OPS recibía por la administración de fondos extrapresupuestarios. También señaló que el edificio de la sede de la OPS tenía ya 40 años de haber sido construido y, por ende, muchos de los sistemas originalmente instalados cuando se construyó se estaban acercando al final de su vida útil prevista o ya la había alcanzado. Por consiguiente, cabría esperar que en el transcurso de los próximos años se necesitaran reparaciones importantes.

El Director expresó su gratitud al Sr. Richard Marks (Jefe, Departamento de Servicios Generales) y al personal de la Unidad de Mantenimiento del Edificio por su trabajo excelente y eficaz en el reemplazo de las unidades de calefacción y de enfriamiento.

El Comité no consideró necesario aprobar una resolución sobre este tema, pero tomó nota del informe (decisión CE124[D7]).

Asuntos de personal

Modificaciones al reglamento del Personal de la OSP (documento CE124/23)

La Dra. Diana LaVertu (Jefa, Departamento de Personal) reseñó para el Comité los cambios propuestos en el Reglamento del Personal. Observó que las revisiones eran congruentes con las adoptadas por el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud en su 103.^a reunión (resoluciones EB103.R15 y EB103.R16) y que eran el resultado de decisiones adoptadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su quincuagésimo tercer período de sesiones, sobre la base de las recomendaciones formuladas por la Comisión de Administración Pública Internacional (CAPI).

Los artículos 330.1 y 330.2 del Reglamento del Personal se habían modificado para reflejar la revisión de la escala de sueldos básicos/mínimos aplicable a los puestos de las categorías profesional y superior, y las modificaciones resultantes estipuladas en la escala de las contribuciones del personal para esas categorías. La revisión de la escala de sueldos básicos/mínimos había sido aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, con efecto desde el 1 de marzo de 1999. Como otra consecuencia de esa revisión, el Comité debía considerar las modificaciones a los sueldos de los puestos del Director Adjunto, el Subdirector y el Director. La política de los Cuerpos Directivos de la OPS sobre ese asunto se resumía en la página 3 del documento CE124/23.

Los Artículos 340.1, 340.2 y 340.3 del Reglamento del Personal se habían modificado para reflejar un aumento de las contribuciones asignadas a los dependientes de las categorías profesional y superior. Los artículos modificados del Reglamento del Personal, 350.1 y 350.2.2, reflejaban un cambio en el método de calcular el subsidio de educación. Las consecuencias presupuestarias de todos los cambios esbozados en el documento se sufragarían con las asignaciones establecidas para el bienio 1998-1999 dentro del presupuesto ordinario.

El Comité aprobó la resolución CE124.R11.

Intervención por la representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS (documento CE124/24)

La Sra. Luz María Esparza (Presidenta, Asociación de Personal de OPS/OMS) se dirigió al Comité en nombre de los funcionarios de la Organización. Observó que, si bien las reformas introducidas en el sistema de las Naciones Unidas en años recientes habían generado algunos resultados positivos, también habían tenido repercusiones negativas

sobre los funcionarios, cuyas responsabilidades habían aumentado a la vez que había disminuido la dotación de personal. Esa situación había creado mucho estrés entre el personal. Los funcionarios estaban firmemente comprometidos con la Organización y su misión, especialmente en la búsqueda de la equidad. Sin embargo, sentían que la búsqueda de la equidad debía empezar por casa, lo que significaba que era necesario establecer una colaboración entre los funcionarios y la administración, en la cual se tuvieran en cuenta las opiniones del personal y su contribución a la Organización fuera reconocida debidamente mediante tratamiento y compensación justos.

Varios sucesos positivos habían tenido lugar en las relaciones entre el personal y la administración desde que el Dr. Alleyne había asumido el cargo de Director, en particular la creación de la Oficina del Mediador. No obstante, la Asociación de Personal todavía tenía varias inquietudes graves, que deseaba hacer del conocimiento del Comité Ejecutivo. Una de ellas era la relativa a los sueldos del personal profesional, cuyo poder adquisitivo había disminuido en forma sostenida a lo largo de los años. El personal profesional de la OPS estaba todavía más desfavorecido por el hecho de que la Comisión de Administración Pública Internacional había fijado el reajuste por lugar de destino para Washington sustancialmente inferior con respecto a Nueva York.

Otra inquietud era la falta de representación del personal en los comités de clasificación de puestos. La Asociación de Personal sentía que los aportes del personal en el proceso de clasificación era importante y, durante varios años, había estado pidiendo la creación de un comité conjunto de clasificación formado por representantes del personal y de la administración, lo que armonizaría las prácticas de la OPS con las seguidas por la OMS. Además, la Asociación de Personal estaba preocupada con el ambiente de trabajo físico y psicológico. Había la impresión de que las tasas de cáncer de mama entre los miembros del personal femenino eran excepcionalmente altas, y la Asociación consideraba que debía realizarse un estudio para determinar si esto era cierto. La Asociación también creía que deberían tomarse medidas estrictas para abordar el grave problema de acoso que existía en todo el sistema común de las Naciones Unidas, incluso en la OPS.

Se pidió al Comité Ejecutivo que considerara y apoyara la posición del personal para los puntos planteados en los comentarios de la Sra. Esparza y en el documento.

El Director dijo que estaba muy complacido con la evolución de las relaciones entre la Asociación de Personal y la Administración y con la actitud responsable con que la Asociación se ocupaba de los problemas de la Organización. Él también estaba preocupado por los sueldos del personal profesional y estuvo de acuerdo en que la manera de calcular el reajuste por lugar de destino era sumamente injusta. También estuvo de acuerdo en que el acoso en el lugar de trabajo no debía tolerarse, y que debían tomarse medidas para eliminar este problema. Agregó que estaba considerando varias

sugerencias excelentes presentadas recientemente por la Asociación de Personal para crear en la OPS un ambiente de trabajo más sano. Sobre la cuestión de la clasificación de puestos, sin embargo, no podía estar de acuerdo con la Asociación de Personal. A su modo de ver, la norma de la OMS de incluir a funcionarios en los comités de clasificación de puestos era inadecuada. La OPS había consultado a diversos expertos en recursos humanos y había analizado las prácticas en los países y había concluido que la determinación de la clasificación de puestos era un instrumento de gestión y no algo en lo que el personal debía participar. En cuanto a las inquietudes de la Asociación de Personal sobre la incidencia del cáncer de mama, la Secretaría consideraría los datos para ver si existía un problema real.

El Comité Ejecutivo tomó nota del informe de la Asociación de Personal (decisión CE124[D10]).

Asuntos de información general

Resoluciones y otras acciones de la 52.^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS (documentos CE124/25 y CE124/25, Corrig.)

El Dr. David Brandling-Bennett (Director Adjunto) reseñó las resoluciones de la 52.^a Asamblea Mundial de la Salud que la Secretaría consideraba de interés particular para la Región de las Américas. La Asamblea de la Salud había adoptado 24 resoluciones, 16 de las cuales se resumían en el documento.

Cuatro de las resoluciones sobre asuntos relativos a la política de los programas trataban asuntos relacionados con los puntos del orden del día de la 124.^a sesión del Comité Ejecutivo. Esas resoluciones se referían al apoyo a los países centroamericanos afectados por el huracán Mitch (WHA52.12), una convención marco sobre la lucha antitabáquica (WHA52.18), la erradicación de la poliomielitis (WHA52.22) y el fortalecimiento de los sistemas de salud en los países en desarrollo (WHA52.23). La resolución WHA52.7 trataba sobre el envejecimiento en actividad, tema pertinente a los debates del programa de la OPS para la salud de las personas de edad que habían tenido lugar en la 122.^a sesión del Comité Ejecutivo, en 1998. La resolución también era digna de mención porque 1999 era el Año Internacional de las Personas de Edad y el envejecimiento sano había sido el tema del Día Mundial de la Salud. La iniciativa “Hacer retroceder el paludismo”, apoyada mediante la resolución WHA52.11, había recibido expresiones de interés de 16 de los 21 países de las Américas donde esta enfermedad era endémica. Los Estados Miembros de la OPS también estarían interesados en la resolución WHA52.24 sobre la prevención y la lucha contra los trastornos por carencia de yodo, puesto que la Región había avanzado mucho hacia la eliminación de esas enfermedades. Una resolución sobre la estrategia revisada en materia de medicamentos (WHA52.19), propuesta originalmente en 1998, se había aprobado después de un análisis detallado.

Las resoluciones sobre los asuntos administrativos y financieros incluían la WHA52.13, sobre el sueldo de los funcionarios de puestos sin clasificar, que eran pertinentes a las recomendaciones que se había pedido que el Comité hiciera bajo el punto 7.1 con respecto a los sueldos del Director Adjunto, el Subdirector y el Director. En cuanto a la resolución WHA52.19, sobre el reembolso de los gastos de viaje para asistir a las reuniones del Comité Regional, aplicable solo a los Estados Miembros o a los Miembros Asociados clasificados como países menos desarrollados, el funcionario mencionó que en las Américas solo Haití satisfacía los requisitos. La resolución WHA52.17 establecía la escala de las contribuciones que deberían pagar los Estados Miembros a la OMS durante los años 2000 y 2001. Las cuotas aumentarían para cinco Estados Miembros de las Américas y disminuirían para cuatro, lo que arrojaba un aumento total para la Región de \$519.252. Las consecuencias presupuestarias de la resolución sobre las contribuciones para el período 2000-2001 (WHA52.20) las había considerado el Comité en su debate del proyecto de presupuesto para la OPS, pero el efecto definitivo todavía se desconocía.

La OPS cooperaría con la Unión Postal Universal para promover la adhesión a su convenio con la OMS, aprobado mediante la resolución WHA52.6, en lo referente al transporte seguro de materiales infecciosos y de diagnóstico. Se pidió al Comité que tomara nota de la resolución WHA52.10, que autorizaba un retraso temporal en la destrucción de las reservas de virus variólico hasta que pudieran reevaluarse las necesidades para la investigación y se hicieran otras investigaciones. La Secretaría de la OPS apoyaría los preparativos para las mesas redondas ministeriales y otros debates de alto nivel en las Asambleas Mundiales de la Salud, recomendadas en la resolución WHA52.21, mientras que la documentación se suministraría con suficiente antelación.

El Dr. Brandling-Bennett también informó al Comité que la Asamblea había elegido a Guatemala para designar a una persona que formara parte del Consejo Ejecutivo de la OMS, para reemplazar a Honduras, cuyo mandato había llegado a término. El representante designado por Guatemala, Dr. Carlos Andrade, había acompañado a los representantes de Canadá, Chile, Perú, Trinidad y Tabago y los Estados Unidos de América en la 104.^a reunión del Consejo Ejecutivo inmediatamente después de finalizada la Asamblea.

El Comité Ejecutivo no consideró necesario adoptar una resolución sobre este punto, pero tomó nota del informe de la Secretaría (decisión CE124[D11]).

Asuntos relativos al Reglamento

Representación del Comité Ejecutivo en el 41.º Consejo Directivo, 51.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE124/3)

Se decidió que el Comité Ejecutivo estaría representado en el 41.º Consejo Directivo por su Presidente y Vicepresidente (Ecuador y Colombia) y que sus suplentes serían México y Nicaragua, respectivamente (decisión CE124[D2]).

Orden del día provisional del 41.º Consejo Directivo, 51.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE124/4)

El Dr. Brandling-Bennett presentó el programa preparado por el Director de conformidad con el Artículo 12.C de la Constitución de la OPS y el Artículo 7 del Reglamento Interno del Consejo Directivo. Con respecto a los asuntos relativos a la política de los programas, propuso que se agregara un punto sobre el problema del año 2000 en el sector de la salud.

El Comité aceptó esa propuesta y aprobó la resolución CE124.R14.

Otros asuntos

El Director informó que la Secretaría había estudiado la posibilidad de establecer un fondo rotatorio para las adquisiciones de medicamentos esenciales para la salud pública y había determinado que era factible hacerlo. Se haría una prueba piloto en Brasil. Las autoridades brasileñas y la Asesora Jurídica de la Organización estaban actualmente preparando los arreglos legales. Si la prueba daba buen resultado, la oportunidad de participar en el fondo se extendería a otros países.

También anunció que, como parte del esfuerzo para ampliar el alcance de las contribuciones a la Organización, la Secretaría se proponía establecer una oficina de desarrollo para establecer contactos con organizaciones filantrópicas privadas, especialmente en los Estados Unidos, y procurar generar más fondos para los programas de la OPS en los países.

En respuesta a una pregunta de uno de los delegados, dijo que la Secretaría estudiaría la posibilidad de organizar, durante el 41.º Consejo Directivo, la presentación de ponencias o debates en panel sobre puntos especiales, fuera de las horas de la reunión ordinaria.

El Delegado del Canadá dijo que su país deseaba proponer formalmente su candidatura para la elección como miembro del Comité Ejecutivo. El Ministro de Salud,

Sr. Allan Rock, escribiría a los ministros de los otros Estados Miembros para buscar su apoyo para la elección del Canadá durante el 41.^{er} Consejo Directivo.

Clausura de la sesión

El Director expresó su agradecimiento al Presidente por la manera hábil y expedita en la cual había dirigido la sesión. A su modo de ver, los debates habían sido excelentes, y estaba profundamente agradecido por los aportes de los delegados a la labor de la Organización. Al trabajar juntos como una organización panamericana, los países habían hecho grandes cosas en los primeros 98 años de existencia de la OPS, y estaba seguro de que podrían realizar cosas aun mayores en los próximos 98 años, si todos se unían y mantenían los intereses de la Organización integrados en el corazón.

El Presidente expresó su agradecimiento a los delegados por su asistencia oportuna a todas las reuniones y por su compromiso con la labor de la Organización. También manifestó su gratitud a sus colegas de la Mesa Directiva y a los funcionarios de la OPS en general por sus excelentes ponencias sobre los puntos tratados por el Comité. A continuación, declaró clausurada la 124.^a sesión del Comité Ejecutivo.

Resoluciones y decisiones

A continuación se reproducen las resoluciones aprobadas y las decisiones adoptadas por el Comité Ejecutivo en su 124.^a sesión:

Resoluciones

CE124.R1: Recaudación de las cuotas

LA 124.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el informe del Director sobre la recaudación de las cuotas (documento CE124/21 y Add. I) y el informe proporcionado acerca de los Estados Miembros atrasados en el pago de sus cuotas hasta el punto en que pueden estar sujetos a la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud;

Tomando nota de las disposiciones del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS en relación con la suspensión de los privilegios de voto de los Estados Miembros que no cumplan sus obligaciones financieras y de la posible aplicación de estas disposiciones a dos Estados Miembros, y

Observando con preocupación que hay 27 Estados Miembros que no han efectuado ningún pago de sus contribuciones asignadas para 1999 y que las cantidades recaudadas correspondientes a las contribuciones de 1999 representan solo 25% del total asignado para el año en curso,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe del Director relativo a la recaudación de las cuotas (documento CE124/21 y Add. I).
2. Agradecer a los Estados Miembros que ya han efectuado pagos en 1999, e instar a los demás Estados Miembros a que paguen sus cuotas pendientes cuanto antes.
3. Recomendar al 41.^{er} Consejo Directivo que las restricciones al derecho de voto descritas en el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS se apliquen estrictamente a aquellos Estados Miembros que en el momento de la apertura de esa sesión no hayan efectuado pagos sustanciales de sus cuotas atrasadas y a aquellos que no hayan efectuado los pagos programados de acuerdo con sus planes de pago diferido.
4. Solicitar al Director que siga informando a los Estados Miembros de cualquier saldo adeudado, y que informe al 41.^{er} Consejo Directivo sobre el estado de la recaudación de las cuotas.

(Quinta reunión, el 23 de junio de 1999)

CE124.R2: Huracanes Georges y Mitch

LA 124.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe presentado por el Director acerca de los daños causados por los huracanes Georges y Mitch (documento CE124/11),

RESUELVE:

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

EL 41.^{er} CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe presentado por el Director acerca de los daños causados por los huracanes Georges y Mitch (documento CD41/___);

Tomando nota con la más profunda pena de los daños causados por los huracanes Georges y Mitch en los países del Caribe y Centroamérica;

Consciente de los esfuerzos emprendidos por los países afectados y el apoyo dado por la comunidad internacional y por la Organización Panamericana de la Salud;

Convencido de la necesidad de que haya transparencia en el manejo de los suministros para ayuda humanitaria, usando métodos que ayuden a administrar estos recursos;

Interesado en que las medidas necesarias de preparación y de mitigación sean incluidas en la fase de reconstrucción posterior a los huracanes a fin de disminuir la vulnerabilidad del sector de la salud en el futuro, y

Tomando nota de las recomendaciones emanadas de la reunión de evaluación de los preparativos y la respuesta a los huracanes Georges y Mitch, celebrada en la República Dominicana (16 al 19 de febrero de 1999),

RESUELVE:

1. Expresar su más profundo pesar por los millares de vidas perdidas y los daños causados por los huracanes Georges y Mitch en los países del Caribe y Centroamérica.
2. Solicitar a los ministros de salud de los Estados Miembros que en sus políticas sobre el desarrollo social y la reforma del sector sanitario incluyan medidas para la prevención, mitigación y preparación para casos de desastre, y en los países donde estas aún no existan, que se establezcan oficinas dedicadas a este campo.
3. Reconocer el sistema SUMA (manejo de suministros) como la norma regional que deberá usarse en las emergencias y solicitar que el personal correspondiente reciba el nivel más alto de adiestramiento en el uso de este método.
4. Solicitar a la comunidad donante internacional que aumente su asistencia financiera para fortalecer los programas de prevención, mitigación y preparación para casos de desastre de los países, especialmente en la fase de reconstrucción posterior a los huracanes, disminuyendo por lo tanto la vulnerabilidad del sector de la salud, y para incluir estas prácticas en la reforma sectorial.
5. Adoptar el documento sobre las enseñanzas aprendidas, preparado en la reunión de evaluación sobre los huracanes Georges y Mitch, como normas oficiales de la OPS/OMS, y sugerir que cada Estado Miembro las adopte para formular sus normas en materia de prevención, mitigación y preparación para casos de desastre.

(Quinta reunión, el 23 de junio de 1999)

CE124.R3: *Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas*

LA 124.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo analizado el informe sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas (documento CE124/12 y Add. I),

RESUELVE:

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

EL 41.ª CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas (documento CD41/___);

Teniendo en cuenta las características y las tendencias de la epidemia de infección por el VIH/SIDA en las Américas, que está afectando a un número cada vez mayor de hombres jóvenes, mujeres y niños vulnerables;

Enterado de la asociación conocida e importante de la transmisión del VIH y la presencia de otras infecciones de transmisión sexual; y

Reconociendo los esfuerzos desplegados, los conocimientos especializados y la experiencia obtenidos a lo largo de los 15 últimos años por los programas nacionales contra el SIDA y las infecciones de transmisión sexual con respecto a la prevención de la transmisión sexual, hematogena y perinatal del VIH en la Región,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que amplíen aun más la respuesta nacional contra la infección por el VIH/SIDA procurando una participación más activa de las organizaciones no gubernamentales, el sector privado, las personas que viven con la infección por el VIH/SIDA, organizaciones religiosas y otros grupos de la comunidad;
 - b) a que sigan fortaleciendo la capacidad regional en materia de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, sobre todo la causada por el VIH, especialmente en las áreas de diagnóstico de laboratorio, adquisición de medicamentos, vigilancia epidemiológica y atención y manejo de pacientes;

- c) a que presten atención especial a la transmisión sexual y perinatal del VIH y la prevención y el control de otras infecciones de transmisión sexual mediante la adopción o adaptación de normas y protocolos mundiales y regionales;
 - d) a que mantengan los logros alcanzados en el último decenio en cuanto a la prevención de la transmisión hematológica del VIH y otros agentes patógenos mediante el adiestramiento constante del personal sanitario, una información y educación más amplia del público, y la aplicación de la garantía de la calidad en los laboratorios y bancos de sangre;
 - e) a que elaboren y apliquen protocolos nacionales para proporcionar atención integral a las personas que viven con la infección por el VIH/SIDA, teniendo en consideración normas de calidad, eficiencia y equidad que permitan mejorar la calidad de la vida de las personas afectadas por la epidemia.
2. Solicitar al Director:
- a) que mantenga informados a los Estados Miembros acerca de los acontecimientos que sucedan con relación a los mecanismos regionales para la adquisición de medicamentos antirretrovíricos a fin de proporcionar una atención médica equitativa, apropiada y eficaz a las personas con infección por el VIH/SIDA y de prevenir la transmisión de madre a hijo;
 - b) que siga fortaleciendo la capacidad técnica del sector de la salud mediante la formación de alianzas con asociaciones profesionales nacionales y regionales, así como instituciones académicas y de investigación y organizaciones no gubernamentales relevantes, sin dejar de preservar y acrecentar la capacidad técnica nacional con que cuentan los ministerios de salud, las instituciones de seguridad social y otras instituciones que prestan servicios de salud.

(Quinta reunión, el 23 de junio de 1999)

CE124.R4: Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI)

LA 124.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Visto el documento CE124/14, que propone acelerar el proceso de implementación de la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) en la Región de las Américas;

Teniendo en cuenta que el Subcomité de Planificación y Programación examinó la estrategia AIEPI y estuvo de acuerdo con la importancia de la misma para reducir la mortalidad en la infancia, y

Considerando que el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana ha propuesto que la estrategia AIEPI sea una de las principales intervenciones que la Organización utilice durante los próximos cuatro años para lograr la meta de evitar 100.000 muertes de niños menores de 5 años en la Región de las Américas para el año 2002,

RESUELVE:

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

EL 41.º CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el documento CD41/____ y la solicitud que en el mismo se formula de acelerar el proceso de implementación de la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) en la Región de las Américas;

Teniendo en cuenta que esta estrategia es considerada la principal contribución para reducir la mortalidad en los niños menores de 5 años debida a enfermedades infecciosas, y

Tomando en consideración que el acceso universal de la población de la Región de las Américas a la estrategia AIEPI, y en particular de aquella viviendo en condiciones de mayor vulnerabilidad, contribuirá a lograr la meta de evitar 100.000 muertes de niños menores de 5 años para el año 2002,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) adopten la estrategia AIEPI como intervención fundamental para acelerar la disminución de la mortalidad en la infancia y lograr la meta de reducir 100.000 muertes de niños menores de 5 años entre 1999 y 2002;
 - b) incorporen explícitamente a la estrategia AIEPI entre las acciones básicas de salud a las cuales debe tener acceso toda la población a través de la red de servicios y personal de salud, incluyendo el sector público y la seguridad social;

- c) elaboren planes y metas en el nivel nacional y subnacional, dirigidos a lograr el progresivo acceso de toda la población a los elementos operacionales que constituyen la estrategia AIEPI a través de los servicios y personal de salud, y en las comunidades, y a fomentar la utilización de la misma por parte de la familia y la comunidad;
 - d) den los pasos necesarios para garantizar el apoyo económico y movilizar todos los recursos posibles en apoyo a la efectiva aplicación de la estrategia AIEPI;
 - f) introduzcan la enseñanza de la estrategia AIEPI en la formación del personal de salud, así como de otros profesionales, auxiliares, técnicos y agentes comunitarios de salud que trabajan en contacto con niños menores de 5 años y que pueden contribuir a la promoción de su salud y prevención de enfermedades, tanto en los servicios de salud como en la comunidad.
2. Pedir al Director que:
- a) incremente los esfuerzos para obtener financiamiento extrapresupuestario para las actividades de implementación de la estrategia AIEPI en los países de la Región y apoye a los países en los procesos nacionales y locales de implementación;
 - b) promueva la ejecución de las actividades necesarias para la adaptación de la estrategia AIEPI a las diferentes realidades epidemiológicas y operativas de los países, ampliando sus componentes e intervenciones para fortalecer su rol integrador de la atención del niño;
 - c) invite a otros organismos internacionales multilaterales, bilaterales y no gubernamentales a ofrecer su apoyo al proceso de implementación de la estrategia AIEPI en el nivel regional, subregional y de país.

(Sexta reunión, el 23 de junio de 1999)

CE124.R5: Contaminantes orgánicos persistentes

LA 124.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe del Director sobre los contaminantes orgánicos persistentes (documento CE124/15),

RESUELVE:

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

EL 41.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el informe del Director sobre los contaminantes orgánicos persistentes, en especial la propuesta para colaborar con los Estados Miembros en sus esfuerzos encaminados a lograr el manejo seguro, la disminución y la eliminación de dichos contaminantes; y

Recordando la resolución WHA50.13 de la Asamblea Mundial de la Salud (mayo de 1997) sobre el fomento de la seguridad química, con atención especial a los contaminantes orgánicos persistentes, mediante la cual se insta a los organismos nacionales de salud a que participen en el manejo seguro de esos contaminantes; y teniendo presente además la resolución CSP23.R11 de la 23.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, relativa al establecimiento del Programa Regional de Seguridad de las Sustancias Químicas,

RESUELVE:

1. Apoyar la iniciativa para ayudar a los Estados Miembros a abordar los problemas asociados con los contaminantes orgánicos persistentes en el medio ambiente, especialmente en cuanto a sus efectos negativos sobre la salud y el medio ambiente.
2. Exhortar a los Estados Miembros:
 - a) a que velen por que el uso del DDT sea autorizado por los gobiernos solamente para finalidades de salud pública y por que, en esos casos, su uso se limite a programas autorizados por el gobierno que adopten un enfoque integrado y que se tomen medidas estrictas para garantizar que no haya ninguna desviación del DDT hacia entidades en el sector privado;
 - b) a que tomen medidas para reducir el uso de insecticidas en las actividades de control de las enfermedades transmitidas por vectores, mediante la promoción de enfoques de manejo integrado de las plagas;
 - c) a que identifiquen los usos y las existencias de contaminantes orgánicos persistentes, en particular del DDT; determinen las necesidades esenciales para el control de vectores de enfermedades y elaboren un plan para el uso seguro de estas sustancias con miras a proteger la salud humana y el medio ambiente;

- d) a que conciban y apliquen los enfoques apropiados, de acuerdo con la situación epidemiológica particular en cada país, al control de enfermedades transmitidas por vectores, en especial la realización de estudios de eficacia en función de los costos y la aplicación de las normas publicadas por la OMS;
 - e) a que apoyen los esfuerzos de la OPS —especialmente los Estados Miembros que cuentan con experiencia y tecnología apropiadas— con recursos técnicos y financieros para promover y efectuar evaluaciones, especialmente de los grupos de población más afectados en América Latina y el Caribe, sobre los efectos que a largo plazo tienen los contaminantes orgánicos persistentes sobre la salud humana.
3. Recomendar al Director:
- a) que incorpore en el sistema de información de REPIDISCA del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS), información técnica y científica sobre los contaminantes orgánicos persistentes, prestando atención especial a los efectos sobre la salud humana, y difunda dicha información a los Estados Miembros;
 - b) que tome las medidas necesarias tendientes a reforzar la capacidad de la OPS para formular una estrategia regional de manejo seguro de los contaminantes orgánicos persistentes basada en la evaluación del riesgo que plantean estas sustancias, prestando atención especial al DDT, y a la aplicación de las normas de la OMS para el control de los vectores de enfermedades;
 - c) que coopere con los ministerios de salud y del ambiente en sus esfuerzos para identificar, caracterizar, evaluar, vigilar, controlar y eliminar gradualmente los contaminantes orgánicos persistentes que pueden tener efectos adversos sobre la salud humana;
 - d) que, con la cooperación de los Estados Miembros que ya han logrado avances considerables en esta materia, organice y mantenga una base de datos regional de los indicadores de salud y el medio ambiente relativos a los contaminantes orgánicos persistentes, y la amplíe para incorporar a otros Estados Miembros;
 - e) que estimule la cooperación interpaíses, en particular para hacer frente a los problemas de la salud y el medio ambiente derivados de los contaminantes orgánicos persistentes.

(Sexta reunión, el 23 de junio de 1999)

CE124.R6: Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio económico 2000-2001

LA 124.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el informe del Subcomité de Planificación y Programación (documento CE124/5);

Habiendo examinado el proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio económico 2000-2001, contenido en el *Documento oficial 290*;

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

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

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

RESUELVE:

1. Agradecer al Subcomité de Planificación y Programación su revisión preliminar y su informe sobre el proyecto de presupuesto por programas.
2. Expresar su agradecimiento al Director por la atención prestada al ahorro de costos y al fortalecimiento programático en su elaboración del presupuesto por programas.
3. Solicitar al Director que explore, con anticipación al 41.º Consejo Directivo, cualquier posible modificación del financiamiento de la Organización que permita utilizar fondos adicionales para la ejecución del proyecto de presupuesto por programas.
4. Recomendar al 41.º Consejo Directivo que considere el proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio económico 2000-2001 que se presenta en el *Documento oficial 290*, habida cuenta de las observaciones formuladas por Miembros del Comité Ejecutivo, y que apruebe las resoluciones requeridas sobre las asignaciones y cuotas.

(Séptima reunión, el 24 de junio de 1999)

CE124.R7: Fortalecimiento de los bancos de sangre en la Región de las Américas

LA 124.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Visto el documento CE124/16 sobre el fortalecimiento de los bancos de sangre en la Región de las Américas, que comprende los elementos técnicos para lograr la seguridad de los componentes sanguíneos usados para transfusiones, y

Teniendo en cuenta las metas de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas para 1999-2002,

RESUELVE:

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

EL 41.ª CONSEJO DIRECTIVO,

Considerando que las transfusiones de componentes sanguíneos constituyen un acto médico que se realiza con el propósito de tratar pacientes con condiciones graves o de urgencia que no pueden tratarse por otros medios;

Afirmando que es una responsabilidad ineludible de los sistemas y servicios de salud asegurarse de la preparación eficiente, de la disponibilidad adecuada, y de la entrega oportuna de componentes sanguíneos que representen el mínimo posible de riesgo para los pacientes que los reciben, y

Teniendo en cuenta que existe un mayor riesgo de transmitir infecciones a través de transfusiones cuando los componentes sanguíneos provienen de donantes remunerados o de reposición y no de donantes voluntarios, altruistas y repetidos,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) den una mayor prioridad en sus políticas nacionales de salud a la seguridad de la sangre para transfusión;
 - b) promuevan el desarrollo de los programas nacionales de sangre y servicios de transfusión, con base en la donación voluntaria, altruista y repetida de sangre, y en la garantía de la calidad;

- c) fortalezcan la infraestructura nacional de los bancos de sangre para instrumentar los programas nacionales de sangre;
 - d) velen por la asignación apropiada y el uso eficiente de recursos para la obtención y la aplicación de componentes sanguíneos seguros a la población que los requiera.
2. Pedir al Director que:
- a) coopere con los Estados Miembros en fortalecer los programas nacionales de sangre y servicios de transfusión, con la colaboración de las instituciones internacionales, sobre todo en el área de la movilización de recursos financieros;
 - b) asista en el fortalecimiento de los programas nacionales de donación voluntaria, altruista y repetida de sangre;
 - c) establezca las pautas para los requerimientos regionales de la calidad de los bancos de sangre y servicios de transfusión, así como de los componentes sanguíneos usados en transfusiones;
 - d) promueva el tamizaje universal, preciso y eficiente de las unidades de sangre donadas en la Región;
 - e) documente el progreso de los programas nacionales de sangre.

(Séptima reunión, el 24 de junio de 1999)

CE124.R8: Seguimiento y evaluación de los procesos de reforma del sector de la salud

LA 124.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Visto el documento sobre seguimiento y evaluación de los procesos de reforma del sector de la salud presentado por el Director (documento CE124/17),

RESUELVE:

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

EL 41.º CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el documento sobre seguimiento y evaluación de los procesos de reforma del sector de la salud (documento CD41/___), y

Teniendo en cuenta que, tanto en la Cumbre de las Américas en 1994, como en la Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud en 1995, en la cual participaron un comité interagencial de las Naciones Unidas y agencias multilaterales y bilaterales, los gobiernos de la Región identificaron la necesidad de diseñar un proceso para el seguimiento de la reforma del sector de la salud en las Américas,

RESUELVE:

1. Reconocer los esfuerzos realizados por los Estados Miembros y por la OPS en el diseño y aplicación de la Metodología para el seguimiento y evaluación de las reformas del sector salud en América Latina y el Caribe.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) acojan y utilicen la Metodología y continúen colaborando en el proceso de mejoramiento de este instrumento;
 - b) institucionalicen el proceso de seguimiento y evaluación de sus procesos de reforma sectorial en salud y apliquen políticas que tengan en cuenta los resultados de esos procesos.
3. Solicitar al Director que:
 - a) continúe con el proceso de perfeccionamiento de la Metodología para el seguimiento y evaluación de las reformas del sector salud en América Latina y el Caribe;
 - b) prosiga con acciones de cooperación en apoyo a la aplicación de la Metodología y a los procesos de reforma sectorial en salud;
 - c) elabore informes periódicos relativos a los progresos y problemas encontrados en los procesos de reforma sectorial en la Región;
 - d) fomente el establecimiento de redes de comunicación e intercambio de experiencias sobre reforma sectorial entre los gobiernos, el sector privado, instituciones y otros actores interesados.

(Séptima reunión, el 24 de junio de 1999)

CE124.R9: Salud de los trabajadores

LA 124.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Visto el informe sobre la salud de los trabajadores en la Región de las Américas (documento CE124/18),

RESUELVE:

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

EL 41.º CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el informe del Director sobre la salud de los trabajadores en la Región de las Américas (documento CD41/___);

Recordando los mandatos específicos de los Cuerpos Directivos de OPS sobre salud de los trabajadores, y en particular la resolución CSP23.R14 de la 23.ª Conferencia Sanitaria Panamericana (1990), en la cual la Conferencia insta a los Estados Miembros a que incrementen el desarrollo de diversas formas institucionales de atención a la salud de los trabajadores, a fin de lograr la cobertura universal;

Considerando que la resolución WHA49.12 de la Asamblea Mundial de la Salud endosa la estrategia global de la OMS para la salud ocupacional para todos, define claramente los principales objetivos de acción, y solicita al Director General de la OMS a que invite a las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, particularmente a la Organización Internacional del Trabajo y a organizaciones no gubernamentales y nacionales, a que cooperen con la OMS en este campo;

Consciente de la existencia de grandes inequidades sociales, económicas y sanitarias que afectan la salud de los trabajadores, especialmente en el sector informal, y

Reconociendo que la salud de los trabajadores y los ambientes de trabajo saludables son esenciales para alcanzar la salud y bienestar individual y comunitaria, que son fundamento esencial para el desarrollo sostenible de los Estados Miembros,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que incorporen en sus políticas nacionales de salud, según corresponda, el Plan Regional de Salud de los Trabajadores contenido en el

documento CD41/___, que presenta líneas programáticas específicas para la acción de los Estados Miembros y para la cooperación externa.

2. Instar a los ministros de salud a que tomen la iniciativa para fomentar la cooperación entre los varios actores nacionales que operan en el campo de la salud de los trabajadores y en áreas afines, para que definan y actúen mancomunadamente con objetivos comunes que sean incorporados en los planes nacionales de salud de los trabajadores, planes nacionales de salud y planes de desarrollo, y que orienten la cooperación externa.

3. Instar a los organismos internacionales y agencias bilaterales, así como a las organizaciones nongubernamentales, a que apoyen técnica y financieramente a los Estados Miembros y cooperen en la ejecución de actividades dentro del enfoque integral propuesto en el Plan Regional.

4. Pedir al Director que:

- a) promueva y apoye la difusión y la aplicación del enfoque integral de acción planteado en el Plan Regional de Salud de los Trabajadores,
- b) de especial atención al desarrollo de alianzas institucionales al nivel nacional como internacional, incluyendo la movilización de recursos extrapresupuestarios para llevar a cabo actividades intersectoriales que faciliten el desarrollo y consolidación de actividades de prevención, dentro del marco del enfoque integral preventivo;
- c) continúe apoyando a los ministros de salud en sus esfuerzos para mejorar la salud de los trabajadores;
- d) continúe promoviendo y apoyando el desarrollo de la red de Centros Colaboradores de la OPS/OMS y de instituciones científicas para que contribuyan al desarrollo de la capacidad técnica, científica y administrativa de las instituciones y programas que actúan en el campo de la salud de los trabajadores;
- e) promueva y apoye la cooperación entre países en el campo de la salud de los trabajadores y particularmente las investigaciones operativas en el desarrollo de recursos humanos.

(Séptima reunión, el 24 de junio de 1999)

CE124.R10: Premio OPS en Administración, 1999

LA 124.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 1999 (documento CE124/7, Add. I), y

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

RESUELVE:

1. Tomar nota de la decisión del Jurado de que se adjudique el Premio OPS en Administración, 1999, a la Dra. Ana Flisser Steinbruch, de México, por su labor para transformar la red de laboratorios de salud pública en su país en apoyo de los programas prioritarios de salud, que incluye aspectos de administración, docencia e investigación.
2. Aprobar las modificaciones propuestas al reglamento y normas para adjudicar el Premio, y someter el informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 1999 (documento CE124/7, Add. I), a la consideración del 41.º Consejo Directivo.

(Séptima reunión, el 24 de junio de 1999)

CE124.R11: Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

LA 124.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado las modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana presentadas por el Director en el anexo al documento CE124/23;

Teniendo en cuenta las decisiones de la 52.ª Asamblea Mundial de la Salud respecto de la remuneración de los Directores Regionales, de los Asesores Superiores y de la Directora General;

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

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

RESUELVE:

1. Confirmar las modificaciones al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana presentadas por el Director en el anexo al documento CE124/23:
 - a) con efecto desde el 1 de enero de 1999 respecto de los subsidios por familiares a cargo para el personal de la categoría profesional y superior;
 - b) con efecto a partir del año escolar en curso el 1 de enero de 1999 respecto del subsidio de educación;
 - c) con efecto a partir del 1 de marzo de 1999 respecto de la escala de sueldos y la escala de contribuciones del personal para aplicarla conjuntamente con la escala de sueldos básicos brutos para el personal de la categoría profesional y superior.
2. Fijar, con entrada en vigor el 1 de marzo de 1999:
 - a) el sueldo anual neto del Director Adjunto en \$95.995, con familiares a cargo, y en \$86.926, sin familiares a cargo;
 - b) el sueldo anual neto del Subdirector en \$94.995, con familiares a cargo, y en \$85.926 sin familiares a cargo.
3. Recomendar al 41.^{er} Consejo Directivo que establezca el sueldo anual neto del Director en \$104.662 con familiares a cargo y en \$94.190 sin familiares a cargo, con entrada en vigor el 1 de marzo de 1999.

(Séptima reunión, el 24 de junio de 1999)

CE124.R12: Vacunas e inmunización

LA 124.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el informe del Director (documento CE124/13) acerca de los progresos logrados en materia de vacunas e inmunización,

RESUELVE:

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

EL 41.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el informe del Director (documento CD41/__) sobre vacunas e inmunización;

Teniendo en cuenta que los programas de inmunización ejecutados en los países han tenido una extraordinaria repercusión sobre el control y la erradicación de las enfermedades en toda América, y que está a punto de interrumpirse la transmisión del sarampión;

Observando con satisfacción que se están introduciendo vacunas nuevas en los programas nacionales y consciente de que el advenimiento de vacunas nuevas y mejoradas aportará al sector de la salud nuevas herramientas para mejorar la salud de la población de las Américas;

Teniendo en cuenta que la sostenibilidad de los programas de inmunización y la introducción de vacunas nuevas exigirá contar ininterrumpidamente con recursos financieros considerables;

Consciente de que el proceso de reforma del sector de la salud tienen que llevarse a cabo de tal manera que se fortalezca la ejecución de todas las intervenciones sanitarias, y

Reconociendo que para mantener a la Región de las Américas libre de la poliomielitis y lograr la meta de la erradicación del sarampión en el año 2000 será necesario emprender esfuerzos extraordinarios,

RESUELVE:

1. Elogiar a todos los países por la prioridad que han otorgado a los programas de inmunización y a la introducción de las vacunas nuevas en el uso corriente.
2. Agradecer a todos los organismos asociados que están colaborando con el programa a nivel regional y de país, en especial a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, al Organismo Canadiense para el Desarrollo Internacional y a la Agencia Española de Cooperación Internacional, y acoger con beneplácito el apoyo recibido recientemente de la March of Dimes y de los Centros para el Control y la

Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos para la erradicación del sarampión.

3. Instar a los Estados Miembros:
 - a) que pongan de relieve la necesidad de mantener la calidad y la eficacia de los programas nacionales de inmunización y la vigilancia de enfermedades en el proceso de reforma del sector de la salud;
 - b) que velen por que las estrategias de inmunización y las actividades de vigilancia previstas para la erradicación de sarampión se pongan en práctica cabalmente;
 - c) que procuren que se cuente con los recursos necesarios para sostener los programas de inmunización, en especial para el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis, así como para el uso de vacunas de calidad y la introducción de otras nuevas, cuando así lo exija la carga de morbilidad.
4. Solicitar al Director:
 - a) que continúe las actividades tendientes a obtener los recursos humanos y financieros necesarios para lograr los objetivos del programa de vacunas e inmunización y la erradicación del sarampión en el año 2000;
 - b) que comparta con otras regiones del mundo los métodos aplicados y la experiencia lograda en la Región de las Américas en la prestación de cooperación técnica para el control y la erradicación de las enfermedades prevenibles por vacunación.

(Séptima reunión, el 24 de junio de 1999)

CE124.R13: Enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes y resistencia a los antimicrobianos

LA 124.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Visto el informe sobre los adelantos del sistema regional de vigilancia de las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes y resistencia a los antimicrobianos (documento CE124/19), y

Considerando que el Subcomité de Planificación y Programación ha examinado el informe de avance y está de acuerdo con los enfoques utilizados para responder a la

amenaza que representan las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes y la resistencia a los antimicrobianos,

RESUELVE:

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

EL 41.º CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el informe sobre los adelantos del sistema regional de vigilancia de las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes y resistencia a los antimicrobianos (documento CD41/___) y reconociendo la necesidad de adoptar a nivel regional y nacional medidas urgentes para la implantación de mecanismos que detecten, investiguen y respondan al surgimiento de nuevas enfermedades infecciosas o al resurgimiento de otras consideradas bajo control;

Teniendo en cuenta que la oportunidad para intervenir con medidas de prevención y control es limitada por la velocidad de la movilización de bienes, alimentos y personas, así como la aparición de agentes patógenos resistentes al arsenal antimicrobiano disponible, y

Tomando en consideración que existen tecnologías capaces de conducir la vigilancia y limitar el daño causado por la emergencia de brotes de enfermedades emergentes y reemergentes,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) fortalezcan la infraestructura que permita el desempeño eficiente de las redes de vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles, con especial atención a los sistemas de pronta alarma y rápida respuesta;
 - b) incrementen el intercambio regional de información sobre la ocurrencia de brotes de enfermedades emergentes y reemergentes de importancia para la salud regional y global, por medio de los mecanismos propuestos en el documento CD41/___ para tal efecto;
 - c) revisen las políticas y normas legales sobre el uso racional de antimicrobianos con miras a introducir cambios tendientes a controlar el crecimiento de la resistencia a dichos fármacos.

2. Pedir al Director que:
 - a) promueva el establecimiento de asociaciones con agencias de cooperación y desarrollo multilaterales, bilaterales y privadas para que actúen sinérgicamente en el financiamiento y apoyo de los enfoques propuestos;
 - b) promueva el mantenimiento y la ampliación de las redes subregionales para la vigilancia de las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, incluida la resistencia a los antimicrobianos;
 - c) mantenga la coordinación de la respuesta regional a las situaciones de emergencia por la aparición de brotes de enfermedades emergentes y reemergentes.

(Séptima reunión, el 24 de junio de 1999)

CE124.R14: Orden del día provisional del 41.º Consejo Directivo de la OPS, 51.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

LA 124.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el orden del día provisional (documento CD41/1) preparado por el Director para el 41.º Consejo Directivo de la OPS, 51.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, que se presenta como anexo del documento CE124/4, con el agregado sugerido por el Director, y

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

RESUELVE:

Aprobar el orden del día provisional (documento CD41/1) preparado por el Director para el 41.º Consejo Directivo de la OPS, 51.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

(Séptima reunión, el 24 de junio de 1999)

Decisiones

CE124(D1): Adopción del orden del día

De conformidad con el Artículo 9 del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo, se adoptó el orden del día presentado por el Director (documento CE124/1, Rev. 1).

(Primera reunión, 21 de junio de 1999)

CE124(D2): Representación del Comité Ejecutivo en el 41.º Consejo Directivo de la OPS, 51.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

De conformidad con el Artículo 54 del Reglamento Interno, se decidió designar al Presidente (Ecuador) y al Vicepresidente (Colombia) del Comité Ejecutivo para representarlo en el 41.º Consejo Directivo, 51.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Como suplentes de estos representantes, el Comité designó a los delegados de México y Nicaragua, respectivamente.

(Primera reunión, 21 de junio de 1999)

CE124(D3): Informe del Subcomité de Planificación y Programación

El Comité Ejecutivo tomó nota del informe sobre la 31.ª y la 32.ª sesiones del Subcomité de Planificación y Programación (documento CE124/5), expresó su gratitud al Subcomité por su trabajo y agradeció al Presidente el haber presentado una relación cabal de las deliberaciones del Subcomité.

(Primera reunión, 21 de junio de 1999)

CE124(D4): Informe del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo

El Comité Ejecutivo consideró el informe del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo (documento CE124/6) e hizo suyas las recomendaciones formuladas por el Subcomité en su 18.ª sesión.

(Primera reunión, 21 de junio de 1999)

CE124(D5): Modificaciones propuestas a la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud

El Comité Ejecutivo tomó nota de las modificaciones propuestas a la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud presentadas en el documento CE124/8 y agradeció al Director que hubiera comunicado el texto de las enmiendas a los Estados Miembros por lo menos tres meses antes de la celebración del 41.^{er} Consejo Directivo, en conformidad con el requisito constitucional y la solicitud del Comité Ejecutivo.

(Primera reunión, 21 de junio de 1999)

CE124(D6:) Informe financiero parcial del Director para 1998

El Comité Ejecutivo tomó nota del Informe Financiero Parcial del Director para 1998 (*Documento oficial 292*).

(Primera reunión, 21 de junio de 1999)

CE124(D7): Edificios e instalaciones de la OPS

El Comité Ejecutivo tomó nota del informe sobre los edificios y las instalaciones de la OPS (documento CE124/22).

(Primera reunión, 21 de junio de 1999)

CE124(D8): Control del consumo de tabaco en las Américas

El Comité Ejecutivo tomó nota del informe de avance sobre la ejecución del Programa Regional sobre la Prevención y el Control del Consumo de Tabaco y sobre la factibilidad de elaborar una convención regional sobre la lucha antitabáquica (documento CE124/10) y reiteró su apoyo al Programa Regional.

(Segunda reunión, 21 de junio de 1999)

CE124(D9): Informe de la XI Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial

El Comité Ejecutivo tomó nota del informe sobre la XI Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial (documento CE124/20) y de las resoluciones aprobadas en esa reunión.

(Séptima reunión, 24 de junio de 1999)

CE124(D10): Intervención de la representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS

El Comité Ejecutivo tomó nota de la intervención de la representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS (documento CE124/24).

(Séptima reunión, 24 de junio de 1999)

CE124(D11): Resoluciones y otras acciones de la 52.^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 52.^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS (documento CE124/25).

(Séptima reunión, 24 de junio de 1999)

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

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

Edgar Rodas
Presidente de la 124.^a sesión
del Comité Ejecutivo
Delegado del Ecuador

George A. O. Alleyne
Secretario *ex officio* de la 124.^a sesión
del Comité Ejecutivo
Director de la Oficina Sanitaria
Panamericana

ORDEN DEL DÍA

1. APERTURA DE LA SESIÓN

2. ASUNTOS RELATIVOS AL REGLAMENTO

- 2.1 Adopción del orden del día y del programa de reuniones
- 2.2 Representación del Comité Ejecutivo en el 41.^{er} Consejo Directivo de la OPS, 51.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
- 2.3 Orden del día provisional del 41.^{er} Consejo Directivo de la OPS, 51.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

3. ASUNTOS RELATIVOS A LOS COMITÉS

- 3.1 Informe del Subcomité de Planificación y Programación
- 3.2 Informe del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo
- 3.3 Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 1999

4. ASUNTOS RELATIVOS A LA CONSTITUCIÓN

- 4.1 Modificaciones propuestas de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud

5. ASUNTOS RELATIVOS A LA POLÍTICA DE LOS PROGRAMAS

- 5.1 Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio económico 2000-2001
- 5.2 Control del consumo de tabaco en las Américas
- 5.3 Preparativos para situaciones de emergencia y coordinación del socorro en casos de desastre. Respuesta de la OPS a los huracanes Georges y Mitch
- 5.4 Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas
- 5.5 Vacunas e inmunización

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

- 5.6 Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI)
- 5.7 Contaminantes orgánicos persistentes
- 5.8 Fortalecimiento de los bancos de sangre en la Región de las Américas
- 5.9 Seguimiento y evaluación de los procesos de reforma del sector de la salud
- 5.10 Salud de los trabajadores en la Región de las Américas
- 5.11 Enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes y resistencia a los antimicrobianos
- 5.12 Informe sobre la XI Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial

6. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y DE POLÍTICA FINANCIERA

- 6.1 Informe sobre la recaudación de las cuotas
- 6.2 Informe financiero parcial del Director para 1998
- 6.3 Edificios de la OPS y sus instalaciones

7. ASUNTOS RELATIVOS AL PERSONAL

- 7.1 Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
- 7.2 Intervención del representante de la Asociación de Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

8. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL

- 8.1 Resoluciones y otras acciones de la 52.^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS

9. OTROS ASUNTOS

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos oficiales

Documento Oficial 290 Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio económico 2000-2001

Documento Oficial 292 Informe financiero parcial del Director para 1998

Documentos de trabajo

CE124/1, Rev. 2 Orden del día

CE124/3 Representación del Comité Ejecutivo en el 41.^{er} Consejo Directivo de la OPS, 51.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

CE124/4 Orden del día provisional del 41.^{er} Consejo Directivo de la OPS, 51.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

CE124/5 Informe del Subcomité de Planificación y Programación

CE124/6 Informe del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo

CE124/7, Rev, 1 y Add. I Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 1999

CE124/8 Modificaciones propuestas de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud

CE124/9 Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio económico 2000-2001

CE124/10 Control del consumo de tabaco en las Américas

CE124/11 Preparativos para situaciones de emergencia y coordinación del socorro en casos de desastre. Respuesta de la OPS a los huracanes Georges y Mitch

Documentos de trabajo (cont.)

CE124/12 y Add. I	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas
CE124/13	Vacunas e inmunización
CE124/14	Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI)
CE124/15	Contaminantes orgánicos persistentes
CE124/16	Fortalecimiento de los bancos de sangre en la Región de las Américas
CE124/17	Seguimiento y evaluación de los procesos de reforma del sector de la salud
CE124/18	Salud de los trabajadores en la Región de las Américas
CE124/19	Enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes y resistencia a los antimicrobianos
CE124/20	Informe sobre la XI Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial
CE124/21 y Add. I	Informe sobre la recaudación de las cuotas
CE124/22	Edificios de la OPS y sus instalaciones
CE124/23	Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
CE124/24	Intervención del representante de la Asociación de Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
CE124/25	Resoluciones y otras acciones de la 52. ^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members of the Committee
Miembros del Comité**

**Antigua and Barbuda
Antigua y Barbuda**

Dr. Carlos Mulraine

Colombia

Dr. Carlos Paredes Gómez
Sra. Ana María Villareal
Sr. Augusto Posada

Cuba

Lic. Enrique Comendeiro Hernández
Dr. Antonio González Fernández
Sr. Marcos Gabriel Yuch

Ecuador

Dr. Edgar Rodas
Dr. Xavier Mármol

**Mexico
México**

Lic. Eduardo Jaramillo Navarrete
Dra. Melba Muñiz Martelón
Lic. Guillermo Reyes Castro

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

Nicaragua

Dra. Martha McCoy Sánchez
Lic. Annamaría Cerulli

Panama
Panamá

Dra. Enelka de Samudio

Paraguay

Dr. Roberto Melgarejo Palacios
Dr. Víctor Duarte Pistilli
Dr. Roberto Dullak
Sr. Christian Maidana

United States of America
Estados Unidos de América

Mr. Richard S. Walling
Mr. Neil A. Boyer
Dr. Thomas Novotny
Ms. Mary Lou Valdez

**Observers
Observadores**

**Other Member States
Otros Estados Miembros**

Canada

Mr. Nick Previsich
Ms. Sophia Craig

**France
Francia**

Dr Michel Lavollay

Jamaica

Ms. Vilma K. McNish

**Peru
Perú**

Dr. Alejandro Mesarina
Dr. Pablo Augusto Meloni

Uruguay

Sra. Susana Rosa

**Intergovernmental Organizations
Organizaciones Intergubernamentales**

*Inter-American Development Bank
Banco Interamericano De Desarrollo*

Dra. Daniela Trucco

**Nongovernmental Organizations
Organizaciones No Gubernamentales**

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

Ing. Luiz Augusto de Lima Pontes

*Latin American Union against Sexually-Transmitted Diseases (ULACETS)
Unión Latinoamericana contra las Enfermedades de Transmisión Sexual (ULACETS)*

Dr. Paulo Naud

United States Pharmacopeial Convention, Inc.

Ms. Rosaly Correa de Araujo
Dr. Amy S. Neal
Ms. Jennifer A. Devine

**Pan American Sanitary Bureau
Oficina Sanitaria Panamericana**

*Director and Secretary ex officio of the Session
Director y Secretario ex officio de la Sesión*

Dr. George A. O. Alleyne

*Advisers to the Director
Asesores del Director*

Dr. David Brandling-Bennett
Deputy Director

Dr. Mirta Roses
Assistant Director

Mr. Eric Boswell
Chief of Administration

Dr. Juan Antonio Casas
Director, Division of Health Promotion and Protection

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

Dr. Ciro de Quadros
Director, Division of Vaccines and Immunization

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

Mr. Horst Otterstetter
Director, Division of Health and Environment

Dr. José Antonio Solís
Director, Division of Health Promotion and Protection

Dr. Carlos Castillo Salgado
Chief, Special Program for Health Analysis

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

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

Dr. Irene Klinger
Chief, Office of External Relations

Dr. Diana LaVertu
Chief, Department of Personnel

Dr. Germán Perdomo
Acting Chief, Office of Analysis and Strategic Planning

Legal Counsel
Asesora Jurídica

Dr. Heidi V. Jiménez

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

Dr. Richard P. Marks

Chief, Conference and Secretariat Services
Jefe, Servicios de Conferencias y Secretaría

Ms. Janice A. Barahona