



# XXIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

## XLVI REUNION DEL COMITE REGIONAL

WASHINGTON, D.C.  
SEPTIEMBRE 1994

Tema 3.1 del programa provisional

CSP24/7 (Esp.)  
12 agosto 1994  
ORIGINAL: ESPAÑOL

### INFORME ANUAL DEL PRESIDENTE DEL COMITE EJECUTIVO

*(Presentado por el Dr. Argentino Luis Pico [Argentina])*

En cumplimiento de lo dispuesto por el Artículo 4.F de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, que estipula que corresponde a la Conferencia Sanitaria Panamericana considerar el informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo, se presenta a continuación el informe de las actividades que llevó a cabo el Comité Ejecutivo durante el período comprendido entre septiembre de 1993 y junio de 1994.

### *112ª REUNION DEL COMITE EJECUTIVO*

La sesión plenaria única de la 112ª Reunión del Comité Ejecutivo tuvo lugar el 1 de octubre de 1993 en la Sede de la OPS en Washington, D.C. Asistieron a ella los representantes de Argentina, Belice, Bolivia, Canadá, México, Perú, San Vicente y las Granadinas y Uruguay, así como observadores de Barbados, Puerto Rico y los Estados Unidos de América.

Fueron elegidos por consenso para integrar la Mesa Directiva del Comité durante el período comprendido entre septiembre de 1993 y septiembre de 1994, el Dr. Argentino Luis Pico (Argentina), como Presidente; el Sr. Edward Aiston (Canadá), como Vicepresidente; y el Dr. Rubén Campos (Belice), como Relator.

En razón de haber llegado a su término los mandatos de Chile, Cuba y los Estados Unidos de América en el Comité Ejecutivo, fueron elegidos Bolivia y el Canadá en reemplazo de Cuba y los Estados Unidos en el Subcomité de Planificación y Programación; el Canadá y el Uruguay fueron elegidos para reemplazar a Cuba y a los Estados Unidos en el Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo; y Belice y Bolivia fueron elegidos para formar parte del Subcomité Permanente sobre

Organizaciones Interamericanas no Gubernamentales que Mantienen Relaciones Oficiales con la OPS, en sustitución de Chile y Cuba.

El Comité llevó a cabo un minucioso análisis del desarrollo y contenido de la recién finalizada XXXVII Reunión del Consejo Directivo y examinó algunas resoluciones aprobadas por el Consejo. La discusión del tema consta en actas.

Los miembros del Comité propusieron la inclusión de varios temas en los programas de temas de la 113ª Reunión del Comité Ejecutivo y de las 21ª y 22ª Reuniones del Subcomité de Planificación y Programación. Se propuso, entre otras cosas, que el Subcomité examinara la repercusión que tienen sobre la OPS las recomendaciones formuladas por el Grupo de Trabajo del Consejo Ejecutivo de la OMS sobre la Respuesta de la OMS a los Cambios Mundiales. También se sugirió que el programa de temas del Subcomité incluyera un informe sobre la vigilancia del progreso hacia la meta de salud para todos en el año 2000.

Este Comité Ejecutivo también fijó las fechas para la 14ª Reunión del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, para la 114ª Reunión del Comité Ejecutivo y la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana, y consideró los temas 5.1, 5.2 y 5.3 de su programa de temas. A continuación se resume el debate de esos temas.

#### *Tema 5.1: Nuevo Edificio de la Sede de la OPS*

El Sr. Tracy (Jefe de Administración, OPS) informó que el Grupo de trabajo sobre el nuevo edificio de la Sede, formado por representantes de Barbados, Chile y los Estados Unidos de América, había seleccionado un lote de terreno en Chevy Chase, Maryland, para la construcción del nuevo edificio y que el Director había firmado un contrato con los dueños. Informó también que un grupo formado por asociaciones de vecinos y por individuos había entablado un juicio para impedir que la OPS se reubicara en Chevy Chase; afirmó el Sr. Tracy que los abogados de la Organización creían que su posición era fuerte y que esta prevalecería en los tribunales.

La exposición y la discusión del tema quedaron registradas en las actas de la 112ª Reunión.

#### *Tema 5.2: Estado del edificio de la oficina de Coordinación de Programas del Caribe (CPC)*

Se pidió al Comité Ejecutivo que tomara una decisión en cuanto a si debe restaurarse el edificio donde funciona la oficina de la CPC en Barbados, que está en malas condiciones, o si es aconsejable buscar un edificio nuevo. El Director indicó que, considerando el costo de alquilar un edificio que tenga el tamaño adecuado, la alternativa

más viable es la de construir un edificio nuevo. También informó que el Gobierno de Barbados estaba dispuesto a aportar el lote de terreno, sin costo alguno para la Organización, y a contribuir con los costos de la construcción. Además, podría obtenerse financiamiento de la OMS.

El Comité Ejecutivo autorizó al Director a iniciar los trámites para construir un edificio nuevo.

*Punto 5.3: Oficina de la Representación de la OPS/OMS en México*

El Director explicó que la Representación de la OPS/OMS en México actualmente ocupa un edificio alquilado y que se prevé que el alquiler aumente sustancialmente en 1995. Informó que la Secretaría estudia la posibilidad de construir un edificio nuevo, cuya propiedad conservaría, lo cual evitaría que la Organización se viese enfrentada a futuros aumentos de alquiler generados por la inflación. Agregó el Director que el Gobierno de México había aceptado aportar el terreno y un 40% del costo estimado de la construcción del edificio. Se prevé que la OMS contribuya con un 25% adicional. Para el proyecto de construcción no se emplearían fondos de los programas. Se pidió al Comité Ejecutivo que autorizara al Director para continuar las negociaciones con el Gobierno de México con miras a iniciar la construcción del edificio antes de que finalice el año 1994.

Se sugirió que, de acuerdo con una resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas que requería mejorar la coordinación entre los organismos de las Naciones Unidas que funcionan en cada país, la OPS pueda estudiar la posibilidad de compartir el espacio con el PNUD y otros organismos de las Naciones Unidas que tienen oficinas en México. Sin embargo, el Director señaló que ninguno de los otros organismos tiene espacio suficiente en sus oficinas para alojar a la Representación y que el costo de alquilar una propiedad con el tamaño adecuado que permitiera compartir el espacio sería prohibitivo.

El Comité Ejecutivo decidió autorizar al Director para que continuara con los trámites para la construcción de un edificio nuevo.

*Punto 6: Otros asuntos*

El Comité Ejecutivo consideró dos proyectos de resolución presentados por el Ministro de Salud de Colombia. En cuanto al primero, relativo a la evaluación del progreso hacia el logro de la meta de salud para todos en el año 2000, el Director explicó que el proyecto de resolución era innecesario, puesto que las actividades mencionadas allí ya estaban llevándose a cabo. En cuanto al segundo proyecto de resolución, referente, entre otras cosas, a la elección del Director de la Oficina Sanitaria

Panamericana y a la posible participación de los candidatos al cargo de Director en las reuniones subregionales de los ministros de salud, el Director observó que la Organización no tiene influencia sobre dichas reuniones. Sus programas de temas los establecen los gobiernos participantes. También señaló que, en conformidad con las reglas y los reglamentos vigentes en la actualidad, los candidatos al cargo de Director no se nominan formalmente hasta el día de la elección que ocurre durante la Conferencia Sanitaria Panamericana, aunque en realidad los países presenten y empiecen a promover a sus candidatos mucho antes de la Conferencia. Hizo notar que quizás deba modificarse el proceso de elección, pero una revisión de ese tipo tendría que efectuarse en reuniones posteriores del Comité Ejecutivo y del Consejo Directivo, ya que no es apropiado que los Cuerpos Directivos aborden este asunto cuando está tan cerca la fecha de la elección.

Teniendo en cuenta los comentarios del Director, los dos proyectos de resolución no fueron objeto de consideración adicional por el Comité Ejecutivo.

Se sugirió que sería interesante para los miembros del Comité Ejecutivo asistir a las reuniones subregionales relacionadas con temas de salud, en particular las que tuvieran lugar en las zonas con los peores indicadores de salud, ya que de esa forma obtendrían una visión directa de los problemas que es necesario abordar en la Región para lograr la meta de salud para todos en el año 2000. El Director dijo que no sería posible que todos los nueve miembros del Comité Ejecutivo asistieran a todas las reuniones subregionales, aunque la Secretaría podría suministrar a los representantes información referente a las reuniones programadas y trataría de facilitar la participación de aquellos miembros que desearan asistir. Además, la Secretaría podría auspiciar la comunicación entre los representantes y entre los representantes y la Secretaría.

### ***113<sup>a</sup> REUNION DEL COMITE EJECUTIVO***

La 113<sup>a</sup> Reunión del Comité Ejecutivo se llevó a cabo en la Sede de la Organización, en Washington, D.C., del 27 al 30 de junio de 1994. La Reunión contó con la asistencia de los representantes de los nueve miembros del Comité: Argentina, Belice, Bolivia, Canadá, Honduras, México, Perú, San Vicente y las Granadinas, y el Uruguay. También estuvieron presentes observadores para Brasil, Cuba, El Salvador, Francia, Puerto Rico, España, los Estados Unidos de América y Venezuela, así como representantes de ocho organizaciones intergubernamentales y tres organizaciones no gubernamentales.

La Reunión estuvo presidida por el Dr. Argentino Luis Pico (Argentina), mientras que el Sr. Edward Aiston (Canadá) y el Dr. Rubén Campos (Belice) actuaron como Vicepresidente y Relator, respectivamente.

El Comité Ejecutivo celebró ocho sesiones plenarias. En el transcurso de la Reunión se trataron los siguientes asuntos que resultaron en una serie de decisiones y 20 resoluciones.

*Tema 2.1: Adopción del programa de temas*

En conformidad con el Artículo 5 del Reglamento Interno del Comité, los miembros adoptaron el programa provisional de temas preparado por la Secretaría para la 113ª Reunión.

*Tema 2.2: Representación del Comité Ejecutivo en la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana, XLVI reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas*

De conformidad con el Artículo 14 del Reglamento Interno, el Comité designó como Presidente al Dr. Argentino Luis Pico (Argentina), y a la Dra. Virginia de Espinoza (Honduras) para representar al Comité Ejecutivo en la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana, XLVI Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Como representantes suplentes se decidió nombrar al Dr. Federico Chávez Peón (México) y al Hon. Rubén Campos (Belice), respectivamente.

*Tema 2.3: Programa provisional de temas para la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana, XLVI reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas*

El Comité adoptó, con tres ligeras modificaciones relativas a aspectos de procedimiento, el programa provisional de temas preparado por el Director para la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana, XLVI Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

*Tema 3.1: Informe del Subcomité de Planificación y Programación*

El Dr. Chávez Peón (Relator, Subcomité de Planificación y Programación) informó al Comité Ejecutivo que el Subcomité había celebrado sus 21ª y 22ª reuniones el 9 y el 10 de diciembre de 1993 y del 6 al 8 de abril de 1994, respectivamente. En la primera sesión plenaria del Comité, el Relator informó solo sobre los temas examinados por el Subcomité y cuya consideración por el Comité Ejecutivo en la 113ª Reunión no estaba prevista. Informó además sobre las deliberaciones del Subcomité en relación con otros temas durante las reuniones en las cuales el Comité Ejecutivo abordó dichos temas.

*Evaluación de la cooperación técnica de la OPS/OMS en Guyana.* La evaluación examinó la cooperación de la OPS/OMS en nueve áreas: desarrollo de los servicios de

salud, formación de recursos humanos, salud ambiental, control de las enfermedades transmisibles, SIDA, alimentación y nutrición, la salud maternoinfantil, cooperación técnica entre países y el proceso de gestión de la Oficina del Representante de la OPS/OMS en Guyana. Se determinó que la Organización ha canalizado su cooperación técnica hacia los programas prioritarios y ha efectuado una contribución significativa a los problemas de salud más importantes de Guyana. La evaluación recomendó continuar los esfuerzos actuales y sugirió estrategias y actividades futuras.

*Informe sobre el mantenimiento del equipo de hospitales.* Se observó que la ampliación y la modernización de la infraestructura física para la prestación de servicios sanitarios en la Región no ha estado acompañada de la formación de la capacidad correspondiente para preservar y mantener las instalaciones y el equipo de asistencia sanitaria. Los países habían solicitado la cooperación técnica de la OPS para el desarrollo y fortalecimiento de los programas de mantenimiento, pero no habían asignado recursos suficientes para asegurar la continuidad de esos programas. Los miembros del Subcomité sugirieron que se pidiera a los fabricantes de equipo médico que colaboren dando adiestramiento práctico sobre el funcionamiento y el mantenimiento de sus productos. También recomendaron que se establecieran convenios entre los países para la transferencia de tecnología y la educación continua.

*Consecuencias para la OPS del informe del Grupo de Trabajo del Consejo Ejecutivo de la OMS sobre la Respuesta de la OMS a los Cambios Mundiales.* La Sra. Cristina Puentes-Markides (OPS) presentó un documento preparado por la Secretaría en el cual se analizan los principales cambios ocurridos a nivel mundial que dieron origen a la creación del Grupo de Trabajo y se estudian las repercusiones que las recomendaciones de dicho Grupo puedan tener sobre la OPS. Se hizo hincapié en que la OPS debe transmitir al Consejo Ejecutivo de la OMS su voluntad de cooperar en los esfuerzos de reforma, reconociendo el lugar de la OPS dentro del sistema de las Naciones Unidas pero teniendo siempre presente su condición particular y sus responsabilidades hacia los Gobiernos Miembros. Se formularon recomendaciones relativas a varios asuntos, entre ellos, al establecimiento de metas y objetivos, a la selección de temas y a la preparación de los documentos que se presentarán a los órganos deliberantes, a la elección del Director General de la OMS y de los Directores Regionales y al uso del Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES).

*La función del estado en el sector de salud.* El documento presentado por la Secretaría abordó algunos de los cambios políticos, económicos y sociales que han ocurrido en la Región y sus efectos sobre el sector de salud, la formulación de políticas de salud y el trabajo de la Organización. Se identificaron cinco áreas principales en las cuales el Estado y el sector de salud están vinculados, a saber: organización y funcionamiento del sector, intervención económica y financiera, acciones legales,

intervención política y social y la acción internacional en el terreno de la salud. El Subcomité sugirió que se emprenda un análisis más exhaustivo de la reforma del sector sanitario y la función de la Organización en ese proceso. Se señaló que la materia tratada en el documento era similar en muchos aspectos a la de dos otros documentos que se someterían a consideración del Comité Ejecutivo, a saber: las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas propuestas para 1995-1998 y el documento de CEPAL/OPS sobre la salud, la equidad y transformación productiva en América Latina. En consecuencia, se recomendó que el documento no se presentara al Comité Ejecutivo, sino que su contenido se incorpore en los otros dos documentos.

El Comité no consideró necesario aprobar una resolución sobre este tema. La presentación del Dr. Chávez Peón queda reflejada con mayor detalle en las actas de la Reunión.

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

La Dra. Hartigan, Coordinadora del Programa Regional de la OPS sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, presentó el informe de la 14ª Reunión del Subcomité Especial, celebrada en la Sede de la OPS del 4 al 6 de abril de 1994. El programa de temas del Subcomité incluyó seis temas sustantivos; el informe cuatrienal sobre la cooperación técnica en el área de la mujeres, la salud y el desarrollo durante 1991-1994; un informe sobre las actividades interinstitucionales preparatorias para la Conferencia Mundial sobre la Mujer que se celebrará en Beijing en 1995; un análisis de la colaboración entre las ONG y el Gobierno de Chile en materia de mujer, salud y desarrollo; una intervención sobre la promoción y el desarrollo de la investigación relativa a la mujer, perspectiva de igualdad entre los sexos y enfermedades transmisibles; un informe de progreso sobre el desarrollo de indicadores básicos para vigilar y evaluar las condiciones de salud de las mujeres y las diferencias relacionadas con el sexo en el estado de la salud; y un estudio sobre las barreras que limitan la contratación de mujeres a puestos profesionales en la Organización Panamericana de la Salud.

El informe cuatrienal sobre la cooperación técnica en el ámbito de la mujer, la salud y el desarrollo examinó las actividades del Programa Regional de la OPS y recalcó que la prioridad programática para 1994 sería lograr la incorporación sistemática de una perspectiva que tenga en cuenta las particularidades de sexo en la planificación de objetivos de salud para la Organización. El Subcomité apoyó esta línea de acción y solicitó que la OPS prepare y suministre a los Estados Miembros los mecanismos para identificar las inequidades en razón de sexo en la prestación de servicios de salud y, además, ayude a los países a incorporar la perspectiva de igualdad entre los sexos en el desarrollo de sistemas básicos de información al nivel local.

El Subcomité hizo varias recomendaciones en cuanto al trabajo de la Organización en el área de la mujer, la salud y el desarrollo. En particular, se pidió a la Organización que preparara, para la consideración por la 15ª Reunión del Subcomité, una propuesta operativa para el desarrollo de un sistema de evaluación y vigilancia que tuviese en consideración no solo las particularidades de cada sexo, sino también las inequidades sociales que dan lugar a diferencias en el estado de salud de las mujeres y los hombres. El Subcomité también recomendó que la OPS promueva y facilite las oportunidades de diálogo y la planificación y la programación conjuntas entre el sector oficial de la salud y las organizaciones no gubernamentales preocupadas por el tema de la mujer, la salud y el desarrollo. Además, el Subcomité expresó su apoyo al Programa Regional en la función clave que va a desempeñar en la ejecución del Plan Regional de acción contra la violencia como problema de salud pública y recomendó que la OPS recabe información de los Estados Miembros sobre todas las entidades que se ocupan del problema de la violencia al nivel del país con miras a promover la colaboración entre los países y en la Región.

En cuanto a la contratación de un mayor número de mujeres para ocupar puestos profesionales dentro de la Organización, el Subcomité recomendó que la OPS amplíe la lista de candidatos en la que se apoya para contratar al personal, de conformidad con los esfuerzos actuales para promover un enfoque intersectorial a la atención de salud, y que aumente sus esfuerzos para contratar y promover a mujeres a cargos de nivel P5 y superior. Finalmente, el Subcomité hizo hincapié en que los programas relacionados con las mujeres no deben ser incluidos bajo salud maternoinfantil o programas de salud familiar, que tienden a centrar la atención en la función reproductiva de las mujeres, por lo que se le resta importancia a sus otros logros y funciones.

En el debate que siguió a la presentación de la Dra. Hartigan, se señaló que el Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo y todos los otros programas de la OPS, deben hacer más hincapié en la repercusión del SIDA sobre las mujeres, ya que cada vez es mayor el número de mujeres que contraen la enfermedad. En relación con la vigilancia y la evaluación del estado de salud de las mujeres se hizo notar que es importante especificar cómo se usaría la información recabada: por ejemplo, para definir metas, mejorar la salud de las mujeres, y vigilar el progreso en la Región. En cuanto a la contratación de mujeres para ocupar cargos en la Organización al nivel P5 y superiores, se señaló que el interés clave no debe ser necesariamente el nivel de los puestos ocupados por las mujeres, sino más bien si ellas participan en la definición de políticas.

En respuesta al último comentario el Director dijo que, lamentablemente, la OPS no había podido hacer todo lo que hubiera querido para incorporar a mujeres en cargos a los niveles más altos. Sin embargo, durante los próximos años van a surgir buenas oportunidades cuando, debido al envejecimiento de la fuerza laboral quedarán vacantes



cerca de 80 puestos de los grados P5, P6 y de los niveles D1. También observó que la OPS fue una de las pocas organizaciones que logró la meta de que un 30% de todos los puestos profesionales estén ocupados por mujeres.

El Comité Ejecutivo no consideró necesario aprobar una resolución sobre este punto. El informe presentado y los comentarios de los representantes se resumen en las actas de la Reunión.

*Tema 3.3: Informe del Subcomité Permanente sobre Organizaciones Interamericanas No Gubernamentales que Mantienen Relaciones Oficiales con la OPS*

El Dr. Seoane (Bolivia) informó que, de conformidad con la Resolución CSP20.R20 de la XX Conferencia Sanitaria Panamericana (1978), el Subcomité Permanente sobre Organizaciones Interamericanas No Gubernamentales que Mantienen Relaciones Oficiales con la OPS, constituido por él mismo y por los representantes de la Argentina y Belice, había efectuado una revisión de la lista de organizaciones interamericanas no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS, con la finalidad de decidir si esas relaciones deben continuarse o suspenderse.

Después de examinar el documento preparado por la Secretaría, que contenía perfiles de diversas ONG, el Subcomité recomendó que la OPS mantuviera relaciones con la Federación Latinoamericana de Hospitales, la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina, la Unión Latinoamericana contra las Enfermedades de Transmisión Sexual, el Colegio Interamericano de Radiología, la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica y la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería. Tres organizaciones no respondieron al cuestionario enviado por la OPS, y el Subcomité decidió concederles noventa días más para presentar la información antes de hacer ninguna recomendación en cuanto a continuar o suspender las relaciones.

Considerando el hecho de que la Organización ha sostenido relaciones de trabajo muy productivas con otras ONG que no se encuentran entre las que mantienen relaciones oficiales con ella, el Subcomité recomendó además que se revisen los criterios actuales en lo relativo al establecimiento y mantenimiento de relaciones oficiales.

El Comité Ejecutivo aprobó la Resolución CE113.R18, en la cual, entre otras cosas, recomienda que los criterios para el establecimiento y mantenimiento de las relaciones oficiales se actualicen y solicita al Director que prepare una propuesta para someterla a la consideración del Comité Ejecutivo en su reunión en junio de 1995 y posteriormente se transmita a la XXXVIII Reunión del Consejo Directivo; recomienda que continúen las relaciones con las seis organizaciones mencionadas hasta que se adopten los nuevos criterios; solicita a las tres ONG que no habían presentado la

información que lo hagan en un plazo de 90 días; y pide al Director que siga manteniendo relaciones de trabajo dinámicas con las ONG interamericanas y continúe fomentando las relaciones entre los Gobiernos Miembros y las ONG en materia de salud.

#### *Tema 3.4 Informe del Jurado del Premio OPS en Administración, 1994*

El Jurado del Premio OPS en Administración, 1994, integrado por representantes de Belice, Honduras y Uruguay, recomendó que el Comité Ejecutivo confiriera el Premio correspondiente a 1994 a la Dra. Zilda Arns Neumann, Directora de la División de la Salud Maternoinfantil del Ministerio de Salud del Brasil, por su trabajo destacado en la administración de programas en diversos ámbitos públicos, en particular en salud maternoinfantil.

Luego el Dr. Alleyne (Subdirector, OPS) presentó varias propuestas de modificaciones al procedimiento y las pautas para conferir el Premio OPS en Administración. Los cambios guardaban relación principalmente con el procedimiento para hacer cambios futuros en el monto del premio y a los criterios para la selección de los galardonados.

El Comité Ejecutivo aprobó dos resoluciones sobre este tema. La resolución CE113.R11 toma nota de la decisión del Jurado en lo referente al premio correspondiente a 1994 y transmite su informe a la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana. La resolución CE113.R17 recomienda que la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana apruebe las modificaciones propuestas al procedimiento y las pautas para conferir el premio.

#### *Punto 4.1: Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para la Organización Panamericana de la Salud en los cuadrenios 1991-1994 y 1995-1998*

El documento relativo a este tema constaba de dos partes. La parte A abordaba la evaluación de los avances logrados en la ejecución de las Orientaciones Estratégicas y las Prioridades Programáticas (OEPP) para la OPS durante el cuadrenio 1991-1994, mientras la parte B esbozaba las orientaciones y las prioridades propuestas para el cuadrenio 1995-1998. Ambas partes fueron introducidas por el Dr. Chávez Peón, Relator del Subcomité de Planificación y Programación, que consideró el documento durante su reunión de abril de 1994.

En cuanto a la parte A, el Dr. Chávez Peón observó que el informe presentado al Subcomité asignaba una gran importancia a determinar hasta qué punto las OEPP se habían reflejado en la programación de los Gobiernos Miembros y en las solicitudes de cooperación técnica que estos presentaron a la OPS, así como en su respuesta a las necesidades expresadas por los países. La evaluación del progreso examinó los

Presupuestos anuales por programas de la Organización para 1990, 1991, 1992 y 1993, además de los planes, los programas y los informes de los países. Aunque la evaluación abarcaba solo los primeros dos años del cuatrienio y se vio obstaculizada por la dificultad para recabar la información necesaria, de ella surgieron varias conclusiones preliminares, a saber: que cada vez más la salud forma parte de la agenda política regional; que sigue existiendo la necesidad de mejorar la capacidad para el análisis sectorial y la disponibilidad de información, que velar por la equidad en la salud sigue siendo un reto que debe enfrentar la Región y que es necesario hacer todo lo posible para lograr un equilibrio entre las características de la fuerza laboral del sector sanitario y las necesidades de los servicios. Otra de las conclusiones fue que la vigilancia hacia las metas cuatrienales debe formar parte de la vigilancia continua de las actividades de programa y de país que llevan a cabo las unidades técnicas de la Organización.

El Dr. Perdomo (OPS) recordó que en 1990 el Comité Ejecutivo aprobó un conjunto de metas relacionadas con las OEPP para 1991-1994 y recomendó que el progreso hacia el logro de las metas se evaluara a la mitad del cuatrienio. Observó que uno de los principales objetivos de la evaluación era el de obtener información que serviría de base para la formulación de las orientaciones estratégicas y las prioridades programáticas durante el siguiente cuatrienio. El Dr. Perdomo reiteró que la evaluación estuvo limitada por una falta de información, que a menudo impidió determinar hasta qué punto se habían avanzado hacia el logro de las metas. Las metas mismas constituyeron otro obstáculo, puesto que muchas de ellas no eran cuantificables. En consecuencia, al redactar el informe para varias de las metas la Secretaría solo pudo enumerar algunas de las actividades que se llevaron a cabo.

A continuación destacó, para cada orientación estratégica y prioridad programática, los principales resultados de la evaluación, incluyendo los obstáculos encontrados en los procesos de vigilancia y evaluación. También abordó con mayor detalle las conclusiones mencionadas por el Dr. Chávez Peón. En las actas de la reunión se encuentra un recuento detallado de la intervención del Dr. Perdomo.

En el debate de la parte A por el Comité se hizo hincapié en que el mérito principal de la evaluación fue el de señalar las áreas en las cuales la Organización debe concentrar sus esfuerzos en el próximo cuatrienio. También se observó que para evitar los problemas que se presentaron durante el cuatrienio 1991-1994 es esencial determinar si aquellos problemas provenían del financiamiento inadecuado, de una capacidad técnica deficiente o de falta de voluntad política. Varios representantes recalcaron que durante el próximo cuatrienio debe prestarse atención prioritaria a la salud ambiental, ya que en el informe quedó muy claro que siguen existiendo enormes deficiencias en este ámbito. Se designó a la farmacodependencia, especialmente entre los jóvenes, como otra de las áreas prioritarias para la acción durante 1995-1998.

Se hizo notar que el informe mostró que podrían lograrse enormes progresos mediante el esfuerzo concertado entre los Gobiernos Miembros y la Secretaría —los dos componentes de la Organización. También se sugirió que si bien las políticas de cada país deben formularse sobre la base de sus propias necesidades y prioridades específicas, la Organización podría efectuar una contribución valiosa al proponer políticas comunes básicas dirigidas a velar por las condiciones mínimas de vida y de salud para todos los pueblos de la Región. Finalmente, se hizo hincapié en la necesidad de mejorar la recopilación de datos y la vigilancia de las capacidades.

En cuanto a la parte A de este tema, el Comité aprobó la Resolución CE113.R2, que recomienda que la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana apruebe una resolución en relación con el informe de progreso sobre las OEPP 1991-1994 y la vigilancia de las futuras OEPP. El texto íntegro de esa resolución se incluye en el Informe Final de la 113ª Reunión.

Al introducir la parte B, las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas propuestas para 1995-1998, el Dr. Chávez Peón (Relator, Subcomité de Planificación y Programación) dijo que el documento presentado al Subcomité en abril de 1994 hacía hincapié en que uno de los retos principales durante el próximo cuatrienio sería aumentar la cobertura y el acceso a los servicios de salud. Para hacer frente a ese reto, se propusieron cinco orientaciones estratégicas generales: la salud en el desarrollo, reforma del sector sanitario, promoción y protección de la salud, protección ambiental y prevención y control de enfermedades. Los miembros del Subcomité recibieron con beneplácito la importancia que la propuesta asigna a velar por el acceso universal a los servicios de salud y a la productividad del sector y su función como productor de bienes y servicios. También sugirieron que las orientaciones propuestas para los países deben ser más específicas y que las funciones de la Secretaría deben definirse más concretamente. El Subcomité recomendó que durante el cuatrienio se fijen objetivos y metas específicos para dar a los países una base firme para la toma de decisiones y brindar más orientación a los programas técnicos de la OPS. Además, el Subcomité solicitó que la vinculación entre las orientaciones estratégicas y las prioridades programáticas y los diversos documentos de planificación —incluyendo los presupuestos bienales y los planes específicos de acción— se hiciera más clara.

El Dr. Alleyne (Subdirector, OPS) explicó que el documento que contenía las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para la Organización en el cuatrienio 1995-1998 se había estructurado sobre la base de los siguientes principios: la continuidad de los esfuerzos iniciados en 1991-1994; el establecimiento de nexos sólidos con el Noveno Programa General de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud; y los compromisos y las responsabilidades de los Estados Miembros y la Secretaría. Además, el documento tenía por objeto esbozar en qué forma la Secretaría cumpliría sus responsabilidades. Recalcó que el documento no es un plan estratégico y

no intenta abordar problemas concretos de ciertos países. Más bien, su objetivo es el de señalar las principales orientaciones que debe seguir la Organización en conjunto —los Estados Miembros y la Secretaría— en el próximo cuatrienio.

Esbozó el contenido del documento y luego examinó cada una de las cinco orientaciones estratégicas. En cuanto a la primera, salud y desarrollo, recalcó que el principal interés de la Organización es el de favorecer el desarrollo humano, velando al mismo tiempo por que la salud se considere como valiosa por sí misma y no simplemente como un factor que contribuye al desarrollo. En cuanto a la reforma del sector sanitario, que es la segunda orientación, los principales retos son cómo proporcionar cobertura universal y cómo adaptar la infraestructura física, financiera, de organización y de recursos humanos de los servicios de salud para que ellos trabajen más eficazmente. Las tres preocupaciones principales en cuanto a la tercera orientación, la promoción y protección de la salud, son el fomento de actitudes y prácticas saludables, la promoción de políticas públicas de salud y el estudio de aspectos del comportamiento de importancia creciente, como el aumento de la violencia. La preservación y la protección del medio ambiente, la cuarta orientación, es imperativa para asegurar el bienestar humano. También es esencial abordar las deficiencias en relación con el abastecimiento de agua y el saneamiento, desarrollo urbano y vivienda. La quinta orientación, la prevención y el control de enfermedades, seguiría siendo una de las principales prioridades y la Organización continuaría sus esfuerzos para combatir las enfermedades tanto transmisibles como no transmisibles.

El Dr. Alleyne también comentó brevemente las secciones del documento que abordan las formas en que la OPS orientaría su cooperación técnica durante el cuatrienio y los instrumentos que se emplearían para hacer esa cooperación más eficaz y evaluar su repercusión.

Durante el debate de la Parte B en el Comité, los representantes indicaron que pensaban que las orientaciones eran generalmente válidas y en realidad en sus países ya se estaban realizando esfuerzos de acuerdo con esas orientaciones. Los ámbitos de trabajo y las líneas de acción se consideraban como una base sólida para la cooperación técnica entre los países y por la Organización con los países. Algunos representantes consideran que las prioridades de la Organización deben expresarse más claramente y que sus responsabilidades en definir los programas de cooperación técnica deben estipularse de una manera más explícita. Se hizo notar que las prioridades no pueden considerarse como tales a menos que se les asigne un valor monetario significativo en los presupuestos de la Organización y los países. En consecuencia, varios representantes solicitaron que se aclarara mejor la vinculación entre los presupuestos bienales y las OEPP 1995-1998 y que se agregara al documento una sección que presentara las prioridades a las cuales se asignan recursos en el presupuesto de la OPS.

Varios representantes dijeron que era importante fijar objetivos cuantificables para evaluar qué avances estaban lográndose con respecto a las prioridades identificadas durante el cuatrienio, aunque otros representantes señalaron que fijar tales objetivos para todos los países sería difícil dado que las necesidades en los países difieren, a veces sustancialmente. También se observó que en el caso de los objetivos sociales y de desarrollo, como los contemplados en las OEPP, a menudo resultaba difícil medir los resultados en términos concretos.

Se sugirió que las OEPP deberían abordar los problemas de la salud relacionados con los desastres naturales y con el fenómeno de la migración del campo a la ciudad. También se sugirió que deben hacer mayor hincapié en la necesidad de la participación popular en las iniciativas de salud.

El Dr. Alleyne reconoció que la participación popular es, en verdad, sumamente importante para la promoción de la salud y la protección del medio ambiente y dijo que la Secretaría se esforzaría por aclarar ese punto. En cuanto a la inclusión de prioridades más específicas, señaló que si el documento se centrara demasiado en ciertas prioridades no reflejaría las necesidades generales de la Región y podría considerarse como demasiado selectivo acerca de las líneas de acción que la OPS debe proseguir. También dijo que él es muy cauteloso al emplear el presupuesto como una medida de la prioridad atribuida por la Organización a cualquier problema dado; en cambio, el criterio aplicado debe ser el nivel de fondos presupuestarios que las autoridades nacionales asignen a un área específica de problemas. Además, señaló que no es posible incluir cifras del presupuesto en el documento de las OEPP porque, en primer lugar, no es un documento de planificación y, segundo, el presupuesto solo podría mostrar la porción del presupuesto de la Organización aportada por la OMS y las cifras, en consecuencia, serían parciales. Sería posible, sin embargo, que la Organización preparara el presupuesto bienal 1995-1996 de tal manera que reflejara las orientaciones estratégicas y las prioridades programáticas así como los resultados esperados de la cooperación técnica.

El Director, Dr. Macedo, hizo hincapié en que las orientaciones y las prioridades establecidas en el documento de las OEPP no las había determinado la Secretaría por sí sola, sino que habían surgido de consultas con los Estados Miembros y reflejaban las recomendaciones formuladas por el Subcomité de Planificación y Programación. El documento estaba destinado a servir como marco de referencia para la formulación de políticas, planificación de las actividades y desarrollo de los programas sanitarios por los países. Agregó que el documento es un documento de política y, en consecuencia, tenía un propósito general. Su propósito era establecer las orientaciones básicas que guiarían luego la formulación de objetivos y planes más específicos de acción. Observó que sería factible preparar, como se había hecho durante el cuatrienio 1991-1994 un anexo al documento que incluyera las metas y fuese más concreto en cuanto a las actividades

previstas. Sin embargo, es el Subcomité de Planificación y Programación que debe emprender esa tarea en su reunión en diciembre de 1994 o en abril de 1995.

El Dr. Macedo manifestó que pensaba que se habían expuesto con mucha claridad las responsabilidades de la Organización en cuanto a la definición de sus programas de cooperación técnica, pero que se haría un esfuerzo para mejorar esa faceta de los futuros documentos de orientación estratégica. En respuesta a los comentarios de los representantes en lo relativo a la inclusión de las cifras del presupuesto en el documento de las OEPP, señaló que la viabilidad de las orientaciones y las prioridades propuestas no dependía exclusivamente del volumen de recursos asignados en el presupuesto —en particular en el presupuesto de la OPS, que es limitado y no va a aumentar— sino en los esfuerzos de los países y la Secretaría. En lugar de incluir una sección en el documento sobre los recursos necesarios asociados con las OEPP, fue más apropiado considerar cómo podrían emplearse mejor los limitados recursos disponibles para reflejar la importancia asignada a las áreas prioritarias. Finalmente, observó que los Cuerpos Directivos tenían la responsabilidad de establecer las orientaciones de política de la Organización, que tienen mayor importancia con respecto a las decisiones sobre la asignación de recursos financieros.

Con relación a la Parte B de este tema el Comité Ejecutivo aprobó la Resolución CE113.R4, donde se recomienda que la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana apruebe una resolución en la que acepta las orientaciones estratégicas y las prioridades programáticas propuestas como el marco básico de referencia para la planificación estratégica de la Organización durante el cuatrienio 1995-1998. El texto íntegro de esa resolución, que refleja muchas de las inquietudes expresadas por los representantes durante el debate, aparece en el Informe Final de la 113ª Reunión.

*Tema 4.2: Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el bienio 1996-1997*

El Dr. Chávez Peón (Relator, Subcomité de Planificación y Programación) introdujo este tema, que fue examinado por el Subcomité en su reunión de abril de 1994. Observó que el Sr. Milam (OPS) había dicho al Subcomité que las instrucciones del Director General de la OMS en lo referente a la preparación de los proyectos regionales del presupuesto para 1996-1997 fueron muy diferentes de los recibidos en el pasado. En lugar de fijar un tope en los aumentos de costo, el Director General solicitó a las regiones que presentaran sus anteproyectos sin ningún aumento de costos con respecto a los niveles de 1994-1995. Las instrucciones también estipulaban la asignación de un 3% a cuatro áreas prioritarias en los Programas de país: (1) la salud humana en un entorno cambiante; (2) alimentos y nutrición adecuados; (3) control de enfermedades integrado como parte de la atención general a la salud y el desarrollo humano; y (4) la

difusión de la información para la promoción y para fines educativos, científicos y de gestión.

El Subcomité hizo hincapié en la necesidad de que la estructura y la ejecución del presupuesto estén acordes con las orientaciones estratégicas y las prioridades programáticas de la OPS durante el cuatrienio 1995-1998 y con el Noveno Programa General de Trabajo de la OMS y señaló que el presupuesto debe ser lo suficientemente flexible para permitir los cambios resultantes del examen que haga el Consejo Ejecutivo de la OMS del informe del Grupo de Trabajo sobre la Respuesta de la OMS a los Cambios Mundiales. Los miembros también observaron que estaban disminuyendo las contribuciones voluntarias y que, en consecuencia, es esencial racionalizar el gasto y establecer prioridades claras.

El Sr. Milam informó al Comité Ejecutivo que la cantidad tentativa que se solicitará a la OMS para la Región, para el bienio 1996-1997 es de \$79.794.000. Observó que el documento presentado al Comité indicaba que la OPS había cumplido a cabalidad con las instrucciones del Director General y había distribuido un 3% entre las cuatro áreas prioritarias indicadas por el Dr. Chávez Peón. Por lo tanto, el presupuesto para aquellas áreas prioritarias había sido aumentado a 19,4%, lo que había requerido una reducción en los Programas Multipaís y en la Coordinación de Programas en el Caribe, puesto que el presupuesto no permitía ningún crecimiento. Examinó brevemente los diversos cuadros contenidos en el documento e hizo notar que los cálculos de aumentos y disminuciones de costos presentados en los cuadros 5 y 6 se basaban en los factores de costo usados en la proyección para 1996-1997 contenida en el Presupuesto Bienal por Programas de la OPS para 1994-1995 (*Documento Oficial 254*). Dijo que la Secretaría pensaba que aquellas estimaciones preliminares serían de interés para el Comité Ejecutivo, aunque las instrucciones del Director General no los exigía y que, hasta enero de 1995, el Consejo Ejecutivo de la OMS no haría sus recomendaciones sobre los factores de aumento de costos que emplearían las regiones. Finalmente, comentó que el cuadro 5 indicaba que el aumento global general del presupuesto se había proyectado en 8,4% para el bienio, o aproximadamente 4,1% anual, que la Secretaría consideraba como una propuesta razonable y conservadora.

El Director señaló que un presupuesto de cero crecimiento en realidad significaba un presupuesto reducido en muchos casos. También dijo al Comité que las instrucciones del Director General relativas a la asignación de un 3% a las cuatro áreas prioritarias habían encontrado resistencia en algunas de las regiones de la OMS, y el Director General recientemente había decidido dejar a la discreción de los Directores Regionales la asignación de esos fondos. Sin embargo, la Región de las Américas todavía trataría de distribuir el 3% en conformidad con las instrucciones originales.



Recaicó que la Secretaría había tenido sumo cuidado para que el proyecto de presupuesto reflejara las orientaciones contenidas en el Noveno Programa General de Trabajo de la OMS y las políticas expresadas en el documento preliminar sobre las orientaciones estratégicas y las prioridades programáticas para la OPS en el cuatrienio 1995-1998. Aseguró a los miembros que la Secretaría haría todo lo posible por ajustar el Presupuesto Anual por Programas para 1995 a las OEPP aprobadas por la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana y prometía informar al Subcomité de Planificación y Programación en ese sentido en abril de 1995. Señaló que aunque el proyecto de propuesta es un documento preliminar, ilustra claramente las áreas en las cuales se destaca la labor de la OPS. Un ejemplo fue la prioridad asignada a los programas de país. Otro fue el esfuerzo continuo para aumentar la eficiencia de la Organización y reducir los costos administrativos para dedicar más recursos a la cooperación con los países, a los cuales se asignarán casi 90% de los fondos del proyecto de presupuesto.

Durante los debates del Comité los representantes expresaron inquietud acerca de la manera en que la OMS fijó sus prioridades. Varios representantes consideran que se habían incluido demasiados programas en los presupuestos y que los efectos podrían incrementarse mediante la concentración de mayor cantidad de recursos en un número reducido de programas. Los representantes también piensan que la OMS no consultó lo suficiente con los Estados Miembros al formular sus presupuestos. Señaló que el personal de la OMS había seleccionado unilateralmente las cuatro áreas prioritarias especificadas en las instrucciones del Director General, sin dar a los países la oportunidad de expresar sus opiniones e inquietudes. Además, se observó que las reducciones ordenadas por el Director General no se habían aplicado a la Sede de la OMS en Ginebra. Por lo tanto, mientras la cantidad disponible para los programas de salud en los países había bajado, la cantidad asignada a la Sede había permanecido igual. Se señaló que la OPS ha desarrollado un procedimiento mediante el cual se da a los Estados Miembros la oportunidad para expresar sus criterios sobre el establecimiento de prioridades en varias etapas del proceso de presupuesto. La OMS debe seguir el ejemplo de la OPS. Se observó que la presencia de los representantes de tres países de la Región en los comités de programación y presupuesto del Consejo Ejecutivo de la OMS debe ayudar a velar por que se atiendan los intereses regionales.

El Director estuvo de acuerdo en que, en verdad, es motivo de preocupación la forma en que la OMS asigna los recursos a las regiones, en particular cuando algunas regiones sistemáticamente parecen recibir sustancialmente menos que otras. Sin embargo, observó que fijar las prioridades no es tarea fácil para una organización internacional, que tiene que tratar de consolidar las necesidades de 178 países muy diferentes en un número limitado de prioridades. Observó que la OPS había logrado ser extraordinariamente flexible en la respuesta a las necesidades de los países. Como ejemplo, citó el hecho de que el nivel de recursos de la OMS aplicados a los programas

de país había aumentado de un 40% en 1984-1985 a un 52% en el bienio 1994-1995, a pesar de que los recursos ordinarios de la Organización habían disminuido en 30%.

Informó al Comité que se encuentra en las etapas finales de preparación una nueva clasificación de programas de la OMS y que el número de programas se reduciría de cerca de 70 a alrededor de 22, lo que debe ayudar a enfocar las actividades de la Organización. Además, se espera que la clasificación esté más acorde con el Noveno Programa General de Trabajo.

En lo que se refiere al problema de los recursos no ordinarios, observó que si bien la disponibilidad de recursos de los países donantes individuales ha disminuido, existe el potencial para el aumento sustancial en los fondos disponibles para las actividades relacionadas con el sector sanitario que llevan a cabo el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, que han establecido políticas para aumentar sus asignaciones para proyectos del sector social. El reto consiste en velar por que el sector de la salud emplee esos fondos con sensatez, y la OPS tiene un papel importante que desempeñar en ayudar los países a tomar decisiones apropiadas en ese sentido.

El Comité Ejecutivo aprobó la Resolución CE113.R3 correspondiente a este tema, donde recomendó que la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana apruebe una solicitud a la OMS de US\$ 79.794.000 para la Región de las Américas para el bienio 1996-1997.

#### *Punto 4.3: Programa Ampliado de Inmunización (PAI)*

El Dr. De Quadros (OPS) presentó el informe de la Secretaría sobre este tema. Subrayó que el logro más importante en la lucha contra las enfermedades vacunoprevenibles en la Región fue la erradicación manifiesta de la poliomielitis de la Región de las Américas. Informó que la Comisión Internacional de Certificación sobre la Erradicación de la Poliomielitis se reuniría del 22 al 25 de agosto de 1994 para determinar si puede certificarse que en la Región ya no hay casos de poliomielitis. El Dr. De Quadros insistió en que es importante que los países no se confíen ante esta victoria; por el contrario, es esencial permanecer vigilantes y mantener la cobertura de vacunación, no solo para la poliomielitis sino para las otras enfermedades prevenibles por vacunación para las cuales se ha previsto su control o eliminación, como el sarampión y el tétanos neonatal.

Observó que se habían logrado grandes progresos para controlar el sarampión, y se ha interrumpido la transmisión en Chile, Cuba y los países del Caribe de habla inglesa. Al igual que sucedió con la viruela y la poliomielitis, parece ser que la Región está marcando la pauta hacia la erradicación del sarampión en el mundo y las estrategias para la eliminación de sarampión formuladas por la Región de las Américas han servido de modelo para las estrategias mundiales esbozadas por la OMS. En cuanto al tétanos

neonatal, dijo que la Región de las Américas actualmente estaba notificando el número más bajo de casos en el mundo y observó que es factible para la Región lograr la meta fijada por la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia que es de menos de un caso por 1.000 nacidos vivos en todas las zonas de todos los países para 1995, aunque sería necesario intensificar los esfuerzos en ese sentido.

En cuanto a la cobertura de vacunación, informó al Comité que los niveles anteriores se habían mantenido o aumentado en años recientes, pero que se necesita un esfuerzo sostenido. Hizo hincapié en que se ha demostrado que los programas de vacunación son las actividades de salud pública más eficaces en función de los costos, y señaló que dichos programas entrañan otros beneficios en lo tocante a la infraestructura sanitaria, entre ellas la creación de un cuadro de epidemiólogos más capaces y de personal mejor adiestrado y equipado para planificar las actividades de salud a nivel local. También observó que por medio de la Iniciativa en pro de la Vacuna Infantil se obtendrían nuevas vacunas que permitirían a las generaciones futuras obtener los máximos beneficios de este poderoso medio de prevención.

Los representantes elogiaron unánimemente al Dr. De Quadros por el informe y por los logros del Programa Ampliado de Inmunización, especialmente el de erradicación de la poliomielitis. Varios de los asistentes describieron las actividades de vacunación que se llevan a cabo en sus países. Se señaló que el PAI había demostrado que la Región está en capacidad de enfocar la atención hacia un problema concreto de salud y atraer la voluntad política y los recursos necesarios para alcanzar una meta. Se plantearon los temas de la sostenibilidad de los programas de vacunación y el mantenimiento de la cobertura una vez finalizada la campaña, y el Dr. De Quadros señaló que estos se tratarían con mayor detalle en el documento que se presentará a la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana.

El Director informó al Comité que, en 1993, el Dr. Ciro De Quadros recibió el prestigioso premio Príncipe Mahidol —el equivalente del premio Nobel en salud pública en el Sudeste Asiático— de la Princesa Maha Chakri Sirindhorn de Tailandia, en reconocimiento de sus esfuerzos por alcanzar la erradicación de la poliomielitis en las Américas. Una parte del dinero del premio se destinó a instituir un premio que se otorgará cada año a un trabajador de salud del PAI en América Latina o el Caribe. Insistió el Dr. De Quadros en que es el personal de salud de los países, no la Secretaría, quien merece verdaderamente el crédito por los logros alcanzados por el PAI; reconoció además la contribución de otras organizaciones, como son el UNICEF, la Asociación Rotaria Internacional, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, el Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional y el Banco Interamericano de Desarrollo.

El Comité Ejecutivo aprobó la Resolución CE113.R5, la cual recomienda que la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana apruebe una resolución mediante la cual se reconozcan los logros del PAI y se inste a los países y a la Organización a continuar asignando prioridad a los esfuerzos de vacunación. El texto íntegro de la resolución se reproduce en el Informe Final de la 113<sup>a</sup> Reunión.

*Tema 4.4: Propuesta para convocar una Conferencia Panamericana sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Sostenible*

El Sr. Cuneo (OPS) dijo al Comité que la propuesta para convocar una Conferencia Panamericana sobre Salud y Ambiente se había preparado de conformidad con una resolución (CD36.R13) aprobada en 1992 por el Consejo Directivo en su XXXVI Reunión. En esa reunión se hizo notar que el Programa 21 y los otros instrumentos adoptados en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (CNUMAD) tenían consecuencias enormes para el sector de la salud y para el trabajo de la Organización. El principal reto identificado para el sector es el de lograr que las consideraciones de salud y de salud ambiental reciban la debida atención en los planes de desarrollo sostenible de los países. La Comisión de Desarrollo Sostenible, creada por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas para efectuar el seguimiento de la aplicación del Programa 21, encomendó a la OMS la tarea de vigilar los progresos logrados en la esfera de la promoción y protección de la salud.

Dijo que se esperaba que durante 1994 se llevaran a cabo reuniones nacionales para promover la incorporación de los componentes de salud y medio ambiente en los planes nacionales de desarrollo sostenible. Dichos planes nacionales se examinarían en la Conferencia Panamericana propuesta, programada tentativamente para los días 21 al 23 de agosto de 1995. Al mismo tiempo, se intentaría establecer políticas, estrategias y prioridades regionales comunes para dar al sector de la salud normas claras que seguir y permitirle así contribuir más eficazmente a la preparación de los planes nacionales. La Carta Panamericana sobre Salud y Ambiente, que se ha previsto adoptar en la Conferencia, también serviría de orientación para los gobiernos y la Organización. El Sr. Cuneo señaló que varias otras organizaciones, entre ellas la OEA, la CEPAL, el PNUMA y el UNICEF, participarían en la Conferencia, y se prevé que el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo brinden apoyo financiero.

El Comité Ejecutivo expresó su apoyo unánime a la idea de celebrar la citada Conferencia. Aun así, varias delegaciones opinaron que esta debe tener una orientación más práctica y que en ella se deben elaborar planes y actividades concretos para la OPS, a fin de dar así respuesta a las prioridades establecidas por los países en sus planes nacionales de desarrollo sostenible. También se señaló que la viabilidad de la Conferencia depende, en gran medida, de que pueda conseguirse el financiamiento necesario de los donantes. En consecuencia, se propuso no fijar la fecha de la

Conferencia mientras no se sepa si se contará con fondos suficientes; además, debe darse la oportunidad al Subcomité de Planificación y Programación para que en diciembre de 1994 o abril de 1995, apruebe un programa más detallado, orientado a obtener resultados concretos. El Director señaló que no es posible asegurar el financiamiento para la Conferencia si no se fija una fecha, pues es necesario presentar propuestas a los donantes con mucha anticipación a la fecha en que ellos elaboran su presupuesto. Sugirió, en consecuencia, que el Comité Ejecutivo aprobara la propuesta para celebrar la Conferencia en agosto de 1995, sujeto a que se presente un informe al Subcomité de Planificación y Programación sobre los progresos logrados por la Organización en la obtención del financiamiento para la Conferencia, y de que el Subcomité acepte el programa propuesto para la misma.

El Comité Ejecutivo aprobó la Resolución CE113.R6, la cual incorpora la sugerencia del Director y recomienda que la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana apruebe una resolución por la cual se acepte la propuesta de celebrar la Conferencia Panamericana sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Sostenible del 21 al 23 de agosto de 1995. El texto íntegro de la resolución aparece en el Informe Final de la 113ª Reunión.

*Tema 4.5: Normas básicas internacionales de seguridad para la protección contra la radiación ionizante y para la seguridad de las fuentes de radiación*

La Dra. Borrás (OPS) presentó el documento sobre este tema preparado por la Secretaría. Observó que los riesgos para la salud vinculados con la exposición a las radiaciones ionizantes se habían reconocido por mucho tiempo y, por ese motivo, ciertas actividades que entrañan el uso de materiales radiactivos estaban sujetas a normas de seguridad. También señaló que el Comité Científico de las Naciones Unidas para el Estudio de los Efectos de las Radiaciones Atómicas había informado en 1993 que muchas poblaciones en todo el mundo se estaban exponiendo con frecuencia cada vez mayor a las aplicaciones médicas de las radiaciones. Para hacer frente a los problemas planteados por la exposición creciente a las radiaciones ionizantes, o la exposición potencial por accidentes, la Comisión Internacional de Protección Radiológica (CIPR) había establecido un sistema de conceptos, principios y técnicas para prevenir y controlar los riesgos radiológicos.

El Comité Interinstitucional de Seguridad Radiológica (IACRS) se formó en 1990 para ayudar a los países a aplicar las recomendaciones científicas de la CIPR en sus reglamentos y prácticas a nivel nacional. Varias organizaciones internacionales, incluidas la OMS y la OPS, forman parte del IACRS, el cual preparó las normas de seguridad básicas internacionales examinadas por el Comité Ejecutivo. La Dra. Borrás señaló que el principal fin de las normas, copatrocinadas por la OPS y otras cinco organizaciones, fue proporcionar orientación a las autoridades nacionales para establecer reglamentos y

criterios adaptados a las situaciones locales, aunque observó que los países no están obligados oficialmente a adoptar las normas, las cuales no pretenden reemplazar las leyes o los reglamentos nacionales. La Dra. Borrás dijo que el interés principal de la OPS al copatrocinar las normas había sido conseguir que estas reflejaran las necesidades de sus Estados Miembros, en los cuales la mayor parte de las aplicaciones radiológicas no incluyen fuentes de radiación muy grandes, como las centrales nucleares, sino fuentes menores, principalmente en el campo médico. La Organización espera que el documento sea empleado por los Gobiernos de América Latina y el Caribe para actualizar su legislación y reglamentos sobre seguridad radiológica.

Explicó que las normas prevén la protección de todas las fuentes controlables de radiación, desde las más sencillas hasta las más complejas. Tienen en cuenta la exposición real o potencial de los trabajadores y el público en general, incluida la exposición de los pacientes mediante las aplicaciones médicas, y contienen tanto requisitos generales como particulares, entre ellos información numérica detallada sobre niveles máximos de exposición permisibles y otras normas. Señaló que un aspecto importante de las normas fue la orientación concreta que aportan para las situaciones de emergencia en las cuales se liberan radiaciones en el medio ambiente.

Las Dra. Borrás dijo al Comité que las normas estaban en la etapa final de análisis y adopción por los cuerpos directivos de las seis organizaciones patrocinadoras, y que se tiene previsto publicarlas en 1995. Concluyó señalando que es esencial que todos los países de la Región comprendan la necesidad de adoptar las normas y preparar planes nacionales para su puesta en práctica, y que la OPS hará cuanto esté a su alcance para ayudarles en ese cometido.

El Comité calificó de sumamente clara, concisa e informativa la exposición de la Dra. Borrás, y aprobó la Resolución CE113.R7, la cual recomienda que la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana apruebe una resolución por la cual se apoyen las normas y se inste a los Estados Miembros a que las empleen como guía al establecer sus reglamentos y criterios nacionales en materia de seguridad radiológica. El texto íntegro de la resolución puede encontrarse en el Informe Final de la 113<sup>a</sup> Reunión.

#### *Tema 4.6: Salud y paz hacia el desarrollo y la democracia en Centroamérica*

La Sra. Puentes-Markides (OPS) informó sobre la evaluación de la segunda fase de la iniciativa "Salud y paz hacia el desarrollo y la democracia en Centroamérica", que se presentó al Comité Ejecutivo de conformidad con una resolución de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana. La evaluación abarca el período 1991-1994 y examina los progresos logrados por la Iniciativa de Salud de Centroamérica y los proyectos subregionales y nacionales llevados a cabo en diversas áreas prioritarias.

Recordó que la iniciativa surgió como una respuesta a las necesidades sanitarias urgentes de la población de Centroamérica y a la necesidad de coordinar la planificación y los esfuerzos de movilización de recursos para mejorar los programas y servicios de salud en esa subregión. La iniciativa ha sido apoyada por los líderes políticos de la subregión en diversos foros políticos, incluidas las reuniones de los ministros de salud de Centroamérica y las reuniones en la cumbre de los presidentes centroamericanos. La primera fase se lanzó en 1984 bajo el lema "Salud, un puente para la paz". La segunda fase, cuyo lema fue "Salud y paz para el desarrollo y la democracia" se aprobó en 1990. Se eligieron cuatro áreas prioritarias para la acción durante la fase II: infraestructura de salud, promoción de la salud y control de enfermedades, atención a grupos especiales, y medio ambiente.

La Sra. Puentes-Markides recalcó que a pesar de los obstáculos planteados por los procesos de desmovilización, las huelgas, los desastres naturales y la escasez de recursos en el sector de la salud, la fase II de la iniciativa arrojó resultados positivos. Se logró el objetivo principal, a saber: contribuir a lograr la paz, el desarrollo socioeconómico y la integración subregional. Mediante la iniciativa, se tomaron medidas para abordar los problemas de la salud de grupos prioritarios, especialmente los afectados por los conflictos armados en la subregión. Se facilitó apoyo para la descentralización y el desarrollo de sistemas locales de salud. Se hicieron avances notables con miras a erradicar la poliomielitis y eliminar el tétanos neonatal y el sarampión, y los países colaboraron en proyectos para el control de la malaria y el dengue en zonas fronterizas. Hubo también adelantos significativos en la esfera de la protección ambiental.

En cuanto a las áreas que necesitan fortalecimiento durante la tercera fase de la iniciativa, dijo que la coordinación de la acción sectorial necesita mejorar, lo mismo que la coordinación entre los ministerios de salud y las instituciones de seguridad social en los países. El desarrollo de recursos humanos es otra necesidad. En particular, es esencial adiestrar a las personas para preparar, negociar y derivar el máximo beneficio de proyectos financiados con recursos de donantes. Finalmente, los países deben ponerse de acuerdo en una agenda subregional común en materia de salubridad y mancomunar sus esfuerzos para encontrar soluciones a los problemas que comparten.

En el debate que siguió a la intervención de la Sra. Puentes-Markides, los representantes expresaron su apoyo a la Iniciativa de Salud de Centroamérica, elogiaron los logros alcanzados por los países de la subregión y el grado de cohesión que habían logrado en sus actividades. Se señaló que los mismos enfoques que se habían empleado con tan buenos resultados para combatir el cólera y las enfermedades prevenibles por vacunación y las transmitidas por vectores en la subregión también podrían aplicarse a la lucha contra otros problemas de salud, como el SIDA.

En relación con este tema, el Comité aprobó la Resolución CE113.R8, la cual recomienda que la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana apruebe, a su vez, una resolución por la cual se exprese apoyo a los esfuerzos en curso para acelerar el desarrollo y consolidar la democracia en los países centroamericanos mediante acciones en el campo de la salud pública. El texto íntegro de la resolución se reproduce en el Informe Final de la 113ª Reunión.

#### *Tema 4.7: Plan de Acción Regional para la Promoción de la Salud en las Américas*

El Dr. Chávez Peón (Relator, Subcomité de Planificación y Programación) resumió la presentación hecha al Subcomité sobre este tema, e hizo notar que el Plan Regional sobre Promoción de la Salud fue formulado en respuesta a una resolución del Consejo Directivo, que exhortó a la Secretaría a preparar un plan para orientar a los países a traducir la estrategia de promoción de la salud establecida en las OEPP para 1991-1994 en acciones concretas. El Plan Regional señala los procesos que la Organización esperaba promover y establecía las áreas prioritarias consideradas más importantes por la Organización, haciendo hincapié en particular en el movimiento de comunidades o ciudades sanas, en la acción intersectorial, la participación comunitaria, la protección ambiental, el apoyo a estilos de vida saludables y la incorporación de la promoción de la salud en las actividades educativas. Se prevé que el Plan active el desarrollo de políticas, planes y programas sobre la promoción de la salud en los países, incite a adoptar nuevos enfoques a la salud pública y promueva un visión de la salud como un producto básico o bien social. En cuanto a la vigilancia y la evaluación de los avances logrados bajo el Plan, observó que la Organización estaba estudiando la posibilidad de crear un sistema de información para facilitar la tarea.

La Dra. Restrepo (Directora de la División de Promoción y Protección de la Salud de la OPS) explicó que el Plan establece los principios y los atributos de la promoción de la salud que la Organización consideraba esencial para facilitar el diseño y la ejecución de las actividades en esta área. El Plan preveía la cooperación técnica en tres áreas principales: atención a los ambientes físicos y sociales, modificación de los comportamientos perjudiciales y desarrollo de servicios de salud. Observó que la Secretaría había incorporado los comentarios formulados por el Subcomité de Planificación y Programación en cuanto a la necesidad de actividades de promoción de la salud que tuvieran en consideración las diversas características culturales y antropológicas de los países, y agregó que la Organización estaba promoviendo la investigación sobre conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con la salud, precisamente con miras a obtener tal información.

Señaló que si bien todos los países habían adoptado la estrategia de promoción de la salud, no habían sido suficientes ni el apoyo político expresado, ni los recursos asignados para su aplicación. Recalcó que el éxito del Plan dependería en su mayor parte



de los recursos y del apoyo político que puedan mobilizarse para tales actividades en los países, ya que los recursos de la Organización son limitados.

El Comité opinó que el Plan estaba bien concebido y se presentaba en un momento oportuno. Se sugirió que la prevención del consumo de tabaco debe ser una de las principales prioridades entre las actividades de promoción de la salud de la Organización; en particular, con miras a combatir las campañas promocionales agresivas que las empresas tabacaleras están llevando a cabo en los países en desarrollo. Se dijo que también es necesario dedicar esfuerzos a los problemas relacionados con el consumo de alcohol y de drogas y añadió que no debe perderse de vista la relación que existe entre esos hábitos y el SIDA. Varios representantes mencionaron a la violencia como un tema de salud pública de suma importancia que debe recibir atención prioritaria. Se sugirió que sería útil para la OPS compilar y difundir información sobre actividades exitosas de promoción de la salud llevadas a cabo en los países de la Región, ya que esta información ayudaría otros países a concebir sus propias actividades.

La Dra. Restrepo indicó que la Organización había documentado varias experiencias de promoción de la salud de los países y promovería el intercambio de información en ese sentido. Estuvo de acuerdo en que la prevención del tabaquismo es un aspecto de suma importancia y señaló que existe un plan regional en la materia, aunque la limitación de recursos ha impedido contrarrestar eficazmente los esfuerzos de las poderosas empresas tabacaleras. De igual manera, hizo notar que el Plan Regional de Acción contra la Violencia, aprobado recientemente, se encuentra en las etapas iniciales de ejecución.

El Comité Ejecutivo aprobó la Resolución CE113.R9, que, entre otras cosas, aprueba el Plan Regional de Acción para la Promoción de la Salud e insta a los Estados Miembros a preparar y a ejecutar planes nacionales para la promoción de la salud, fomenta la participación intersectorial en los programas de promoción de la salud, asigna recursos suficientes para la ejecución del Plan Regional y reconoce, en particular, los efectos nocivos del tabaquismo, de las drogas y del alcohol sobre la salud de los individuos y sus repercusiones sobre los gastos del sistema de salud. La resolución también solicita al Director, dentro de los límites de los recursos disponibles, que fomente la adopción de la promoción de la salud por todos los programas de la Organización, como una estrategia común para la cooperación técnica y para promover el intercambio y la difusión de información acerca de las experiencias de promoción de la salud y las iniciativas exitosas en los países.

*Punto 4.8: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas*

El Dr. Chávez Peón (Relator del Subcomité de Planificación y Programación) dijo al Comité Ejecutivo que el Subcomité había recibido un informe sobre el SIDA en su

reunión de diciembre de 1993. El informe señalaba los problemas presupuestarios por los que atraviesa el Programa Regional sobre el SIDA y describió los cambios administrativos propuestos en el Programa Mundial sobre el SIDA. Examinó los cambios epidemiológicos en la enfermedad, incluyendo el incremento de la transmisión heterosexual, la tasa ascendente de la infección por el VIH entre grupos de menor edad, la proliferación de casos entre las personas que se inyectan drogas, la tendencia creciente de que el SIDA se convierta en una enfermedad de los pobres y la mayor prevalencia de la tuberculosis como infección oportunista en los Estados Miembros. El informe también analizó la propuesta para transferir la responsabilidad del Programa Mundial sobre el SIDA a un grupo interinstitucional de las Naciones Unidas e indicó que el principal reto que se plantea a los programas del SIDA, a nivel mundial, es que la OMS mantenga el liderazgo técnico en este terreno, a la vez que coordina sus acciones con las de otros organismos.

Hizo notar que el Director había informado al Subcomité que no se había consultado a todos los países ni a todos los Directores Regionales sobre los cambios administrativos propuestos en el Programa Mundial sobre el SIDA, y él había anunciado su intención de informar a todos los Estados Miembros de la OPS sobre la posición de la Secretaría con respecto a esta propuesta. Además, el Director había expresado su convicción personal de que el Programa Mundial sobre el SIDA debe contemplar la participación eficaz de otros organismos, incluidos los regionales, pero la responsabilidad básica del liderazgo de este esfuerzo interinstitucional debe permanecer en el sector de la salud y, específicamente, en la OMS. También había formulado comentarios sobre algunas de las desventajas que resultarían de la transferencia de autoridad que se proponía, siendo la principal de ellas que esa responsabilidad a nivel nacional recayera en el Coordinador Residente de las Naciones Unidas, lo que haría que la función del Representante de la OPS/OMS fuese poco clara y socavaría la responsabilidad fundamental de los ministerios de salud de marcar la pauta para los otros ministerios.

El Subcomité subrayó que el SIDA —a pesar de sus repercusiones sociales, educativas, económicas, laborales, religiosas, de la comunicación y otras— sigue siendo un problema de salud y debe abordarse como tal, aunque eso no excluye la participación multidisciplinaria de otros organismos. Algunos miembros también expresaron la opinión de que la transferencia de responsabilidad que se propone, en último término, sería beneficiosa para la administración del Programa Mundial sobre el SIDA.

El Dr. Zacarías (OPS) actualizó la información contenida en el documento examinado por el Comité Ejecutivo. Dijo al Comité que se habían notificado 900.000 casos de SIDA en todo el mundo. Los Estados Unidos representaban cerca de 40% del total mundial y los otros países de las Américas aproximadamente el 11,5%. Sin embargo, los cálculos de la OMS indican que, en efecto, ha habido más de 3 millones de casos de SIDA desde que comenzó la epidemia. Pero, afirmó el Dr. Zacarías, todavía

más importante que el número de casos fue el número de personas infectadas por el VIH, que en la Región llegó a más de un millón. Observó que cada vez es mayor el número de mujeres que contraen la infección y que la proporción hombre/mujer de infección en algunos países ahora es de 1:1 ó 2:1. Las proyecciones del Programa Regional indicaron que la Región de las Américas todavía se halla en la fase ascendente de la epidemia.

Señaló que para 1995 el costo de la atención médica directa y en hospitales para los nuevos casos de SIDA podría alcanzar los \$500 millones al año. No obstante, la mayoría de los países de América Latina y del Caribe no están invirtiendo más de \$100.000-\$500.000 al año en la prevención del SIDA. Observó que en muchos casos los programas del SIDA se habían visto presionados a concentrar sus esfuerzo en prestar atención los pacientes con SIDA, lo que quería decir que la prevención no había recibido toda la atención que merecía. Existen medios de prevención sumamente eficaces, pero los beneficios de los esfuerzos preventivos no serían visibles hasta dentro de 20 a 25 años y el apoyo financiero que se está dando a los programas nacionales contra el SIDA prevé resultados en 3 a 10 años. En consecuencia, los países y el Programa Regional habían visto reducirse en 50% la cantidad de financiamiento que recibían del Programa Mundial sobre el SIDA. Recalcó que existen los conocimientos técnicos para poner en práctica intervenciones preventivas eficaces pero hace falta el compromiso político y los recursos financieros necesarios para frenar la epidemia y reducir sus repercusiones sociales y económicas.

En cuanto a la propuesta de establecer un programa conjunto de lucha contra el SIDA, copatrocinado por un grupo de organismos de las Naciones Unidas, el Dr. Zacarías dijo que el reto para la Región sería el de crear un mecanismo regional de coordinación y asegurar que la OPS continuara cumpliendo su misión de proporcionar a los países apoyo técnico en esta materia. La OPS se ocuparía principalmente de fortalecer el liderazgo de los ministerios de salud en la lucha contra el SIDA.

El Director informó al Comité acerca de los últimos acontecimientos en los cambios planificados en el Programa Mundial sobre el SIDA, e hizo notar que se esperaba que el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas aprobaría la propuesta de establecer un programa conjunto de las Naciones Unidas en julio de 1994. Dijo al Comité que se había reunido con miembros de la Secretaría de la OMS para tratar las consecuencias que ese cambio tendría para la Región de las Américas y que le complacía observar que actualmente parecía haber consenso en que la Región merecía un tratamiento diferente dentro del nuevo arreglo, dado que en la Región existían varias organizaciones influyentes —en particular las del Sistema Interamericano— las cuales se habían excluido de la propuesta original pero participaban en los esfuerzos de lucha contra el SIDA a nivel regional. Observó que había varios obstáculos que debían superarse, entre ellos las dificultades en la comunicación interinstitucional, las dificultades para mantener un proceso de consulta constante con los gobiernos de la

Región y para coordinar la sincronización de los cambios regionales con aquellos que ocurren a nivel mundial. Sin embargo, expresó la esperanza de que para noviembre de 1994 fuese posible celebrar una reunión de negociación formal para decidir cómo puede integrarse el programa regional con el mundial, integración que se prevé esté funcionando a más tardar el 1 de enero de 1996.

Recalcó que la preocupación principal de la Organización es la de asegurar el buen funcionamiento del programa de lucha contra el SIDA en los países, lo que significaba delegar la responsabilidad de la ejecución y la financiamiento de las actividades en los países; velar por que el sector de la salud mantenga el liderazgo en las actividades de lucha contra el SIDA, a la vez que fomenta la participación de otros sectores; y permitir que los países formulen planes adaptados a las necesidades nacionales y movilicen recursos externos, para evitar repetir el error de creer que un programa a nivel mundial podría estar en capacidad de aportar los recursos necesarios para cubrir todas las necesidades de los países. En la opinión del Director, en general, los esfuerzos de cooperación internacional deben ser coordinados a nivel nacional por el Representante Residente de las Naciones Unidas, pero la OPS debe tener la responsabilidad primordial de la coordinación de los esfuerzos técnicos. Subrayó que esta sugerencia se basa no solo en el mandato de la Organización de brindar cooperación técnica en el campo de la salud, sino también en el hecho de que, a diferencia de algunos otros organismos, ya tiene la capacidad instalada para coordinar el apoyo técnico en los países.

Los representantes expresaron su apoyo al liderazgo técnico continuo de la OPS en la lucha contra el SIDA en la Región, aunque algunos advirtieron que la Organización no debe intentar duplicar el programa mundial o reproducirlo en una escala más pequeña en la Región. Más bien, la función de la OPS en el nuevo programa conjunto de las Naciones Unidas debe ser una extensión del trabajo que ya estaba llevando a cabo a nivel de los países, que es el nivel al cual podría tener mayores repercusiones. Se señaló que es necesario que los gobiernos de la Región sean más activos, aunque se reconoció que los graves problemas económicos limitan la capacidad de respuesta de los países. Se hizo hincapié en que el SIDA es esencialmente una enfermedad de transmisión sexual por lo que las iniciativas de control del SIDA deben llevarse a cabo con las actividades para controlar otras ETS. Varios de los representantes comentaron sobre algunos temas específicos en relación con el control del SIDA en sus países. Entre las preocupaciones mencionadas se hallaban el aumento de la incidencia de la tuberculosis asociada con el SIDA, la protección de los derechos humanos de las personas infectados por el VIH y de los pacientes con SIDA, la situación de los niños con SIDA y de los niños huérfanos por causa del SIDA y los problemas bioéticos como la conveniencia del examen obligatorio de los grupos de alto riesgo y cómo emplear mejor los limitados recursos.

El Comité Ejecutivo aprobó la Resolución CE113.R10 sobre este tema. La resolución recomienda, entre otras cosas, que la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana apruebe una resolución apoyando el establecimiento del nuevo programa conjunto y copatrocinado de las Naciones Unidas sobre el SIDA y solicitó al Director que consultara con otros organismos interesados en el nuevo programa con miras a establecer un mecanismo coordinador que permita la participación de los organismos del Sistema Interamericano y de otros organismos de la Región. El texto completo está incluido en el Informe Final de la 113ª Reunión.

*Tema 4.9: Sistema Regional para el Desarrollo de Vacunas en América Latina y el Caribe (SIREVA)*

El Dr. Homma (OPS) presentó el documento preparado por la Secretaría sobre este tema, observó que el informe sobre el Programa Ampliado de Inmunización había revelado que la Región había progresado significativamente hacia la erradicación y eliminación de las enfermedades vacunoprevenibles, pero que todavía es necesario esforzarse por mejorar la calidad y la eficacia de las vacunas existentes y elaborar otras nuevas. Señaló que pocos países de la Región tienen la capacidad necesaria para elaborar nuevas vacunas ya que se trata de un proceso costoso, complejo y lento. El Sistema Regional para el Desarrollo de Vacunas (SIREVA) se concibió como una forma de establecer y fortalecer la cooperación científica y técnica y de coordinar los esfuerzos de los países para la creación, la producción, el mejoramiento, el control de calidad y la evaluación de las vacunas. Se ha reconocido como una iniciativa regional por la Iniciativa en pro de la Vacuna Infantil y por organizaciones internacionales como la OMS, el UNICEF, PNUD y el Banco Mundial.

El Dr. Homma dijo al Comité que se había formulado un plan maestro para cada vacuna y estos servirían de base para la coordinación de las diversas fases del desarrollo y la producción. Agregó que la estrategia de producción proyectada en el Sistema se basaba en un programa de certificación de los laboratorios productores de vacuna, que ya estaba en ejecución en los laboratorios de producción de DTP en varios países. Informó que varios proyectos, que incluyen a diversos países e instituciones, estaban en marcha y que se están llevando a cabo actividades de investigación en cuanto a la epidemiología de las enfermedades vacunoprevenibles, producción piloto de las vacunas, optimización de la producción y procesos de control de calidad y otros aspectos. En particular, indicó que se efectúan estudios sobre la distribución de los serotipos de *Streptococcus pneumoniae* en siete países de la Región y ensayos sobre el terreno de una vacuna sueca contra el cólera.

Los costos de funcionamiento para el SIREVA se han estimado en \$15.810.000 durante los primeros cinco años. Parte de los recursos provendrán de los fondos

ordinarios de la OPS/OMS y el resto de la Iniciativa en pro de la Vacuna Infantil y de contribuciones de países e instituciones donantes.

Durante el debate del tema en el Comité Ejecutivo se recalcó que las vacunas constituyen uno de los instrumentos más eficaces y económicos para el control de las enfermedades infecciosas y que el SIREVA tiene el potencial de efectuar una enorme contribución al mejoramiento de la salud en la Región. En respuesta a una pregunta sobre el costo de la iniciativa y las cantidades que se requerirían de la Organización y de fondos no ordinarios, el Dr. Homma explicó que si bien se habían hecho estudios para calcular los costos administrativos y de coordinación asociados con diversas actividades, los costos de desarrollar cada vacuna tendrían que determinarse caso por caso y dependerían de los países y de las instituciones participantes.

El Director dijo que el SIREVA fue una de las iniciativas más ambiciosas jamás emprendidas en la Región y recordó que la idea para el Sistema había provenido en parte de un proyecto exitoso en el cual la Argentina y los Estados Unidos de América habían colaborado para crear una vacuna contra la encefalitis. Esa experiencia había indicado que era posible llevar a cabo este tipo de actividad cooperativa en las Américas y de ese modo acelerar el progreso y producir vacunas de mejor calidad. Subrayó que el SIREVA es una iniciativa en colaboración, abierta a todos los países de la Región, aunque se reconoce que algunos países tienen mayores capacidades que otros en algunas áreas. Observó en particular que Cuba ha acumulado considerable experiencia en el desarrollo y la producción de vacunas y tiene mucho que aportar al Sistema.

Con relación a este tema el Comité Ejecutivo aprobó la Resolución CE113.R8, que recomienda que la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana apruebe una resolución exhortando a los Estados Miembros y al Director a que apoyen el desarrollo de SIREVA mediante diversas acciones. El texto íntegro de la resolución puede encontrarse en el Informe Final de la 113<sup>a</sup> Reunión.

*Tema 4.10: Informe conjunto de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la OPS sobre salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe*

El Dr. Chávez Peón (Relator, Subcomité de Planificación y Programación) dijo que el Subcomité había examinado una versión anterior del documento presentado al Comité Ejecutivo. En ese documento se explicaba que, durante varios años, la CEPAL había estado considerando la idea de la equidad social con relación al proceso de cambiar los modelos productivos tratando de encontrar maneras de asegurar que el desarrollo en América Latina y el Caribe no solo aumentara la productividad, sino también condujera a una mayor equidad social. Al mismo tiempo, la OPS había estado asignando particular importancia a la relación entre el desarrollo y salud, y había reconocido en general que

la salud es una estrategia fundamental para alcanzar el desarrollo. Por lo tanto, el documento surgió de un encuentro entre las dos instituciones y del intento de formular una propuesta para mejorar las condiciones de salud y los servicios, con miras a contribuir tanto a la equidad social como a una mayor productividad. Observó que los elementos clave de la propuesta presentada en el documento eran la promoción de la salud y un enfoque intersectorial, la definición de una cesta básica de servicios de salud para todos los segmentos de la población de los diversos países, orientación de las intervenciones de salud para llegar a los grupos más vulnerables, reforma del sector de salud, e inversiones.

El Subcomité manifestó que el documento sería muy útil para los países en sus esfuerzos de reforma de sector salud y lo consideraba como una base excelente para las orientaciones estratégicas y las prioridades programáticas de la Organización durante el cuatrienio 1995-1998. Se recomendó que el concepto de la cesta básica de servicios de salud se aclarara aún más. También se observó que la equidad debe ser el aspecto principal para la toma de decisiones con respecto a la reforma del sector de la salud, y se sugirió que el documento debería expresar esa idea de manera más enfática.

El Dr. Vieira (OPS) explicó al Comité Ejecutivo que la propuesta conjunta de la CEPAL/OPS considera a la salud al mismo tiempo como objetivo y como factor que contribuye al desarrollo. El documento fue preparado con miras a proporcionar a los Estados Miembros un marco estratégico para incorporar las consideraciones sobre salud en los esfuerzos en curso en la Región para lograr el desarrollo con mayor equidad. Hizo notar el Dr. Vieira que según la propuesta, la reducción de la inequidad se considera una condición esencial para el desarrollo. Al exponer someramente el contenido de la propuesta, observó que esta examina diversos temas en relación con la inequidad en las condiciones de salud en la Región, que se atribuye allí a problemas en los sistemas de servicios de salud unidos a los efectos de los macrodeterminantes que están fuera del control del sector de la salud. Con relación a los sistemas de servicios de salud, la propuesta hace hincapié en varios cambios que han tenido lugar en años recientes, incluyendo el cambio en el grado de participación del sector público y del privado en la prestación de los servicios de salud, el aumento del gasto privado en la asistencia sanitaria y el advenimiento de nuevos modelos de financiamiento de dicha asistencia.

La propuesta para incorporar los temas de salud en el esfuerzo por cambiar los modelos de producción a la vez que se genere mayor equidad implica numerosos cambios en las políticas de salud aplicadas actualmente; esto incluye, entre otras cosas, la adopción de un enfoque intersectorial a la asistencia sanitaria; el desempeño de una función más preventiva por parte del Estado en la formulación de políticas de salud, en el establecimiento de normas para el sector, y en la garantía de calidad en la asistencia; la descentralización; y una gestión más adecuada del gasto público en salud que asigne

la prioridad a los grupos de población más necesitados. Los elementos clave de la propuesta son la acción intersectorial con énfasis en la promoción de la salud; la definición de una cesta básica de servicios de salud; orientación de los programas sanitarios para beneficio de los grupos más necesitados; inversiones en ampliación y mantenimiento de la capacidad física y del desarrollo institucional para la prestación de servicios de salud y, reforma del sector. Otros elementos fundamentales de la propuesta son la participación comunitaria, la investigación en materia de salud y el desarrollo de tecnologías para responder a los cambios en las necesidades de atención de salud, y el cambio de un modelo sanitario predominantemente curativo a uno de orientación más preventiva.

El Sr. Orlando Franco, quien representaba a la CEPAL en la reunión del Comité Ejecutivo, dijo que al empezar a trabajar la Comisión en la idea de un nuevo modelo de desarrollo para América Latina, encontró que no había ningún país latinoamericano que hubiese logrado simultáneamente un desarrollo sostenido y una distribución más equitativa de la riqueza. Para abordar esta situación, la CEPAL formuló una propuesta basada en los siguientes principios: el mantenimiento del equilibrio macroeconómico, lo que implicaba la reforma del financiamiento de la asistencia sanitaria; la apertura de las economías de la Región y el establecimiento de vínculos fuertes con el mercado internacional; y la creación de las condiciones de producción que permitiesen a las economías latinoamericanas competir a nivel internacional. El logro de esos objetivos requiere inversiones en capital humano y de allí la necesidad de invertir en la educación y la salud. El Sr. Franco observó que la CEPAL había desarrollado con la UNESCO una propuesta sobre educación, similar a la propuesta conjunta de OPS/CEPAL.

Señaló que la propuesta abrió nuevas posibilidades para la colaboración entre la CEPAL y la OPS, dada la gran interrelación que existe entre los temas económicos y la salud y la necesidad del establecimiento de un diálogo productivo entre las autoridades en la salud y los sectores económicos. Destacó que los ministros de salud tenían que convencer a los ministros de finanzas de que una inversión en el sector de la salud es una inversión para el desarrollo. Además, recalcó que es esencial para las instituciones económicas y sanitarias colaborar con miras a aumentar la eficiencia y la repercusión de las actividades de salud, ya que esta es una condición cada vez más importante para asegurar el financiamiento de los proyectos.

La respuesta del Comité Ejecutivo al documento fue sumamente positiva. Varios representantes observaron que este serviría para impulsar aún más las actividades ya en curso en diversos países de América Latina. Entre los principales méritos de la propuesta señalados por el Comité se encontraban la importancia que asigna a la equidad y a la garantía de la calidad de los servicios de salud; al fortalecimiento de las capacidades de investigación de los países, a la mejora de los sistemas de información, no solo como instrumentos de gestión para el seguimiento del progreso y la evaluación



de las repercusiones, sino también para definir la cesta básica de servicios de salud. Se señaló que el documento debe prestar mayor atención a la pandemia del SIDA, dada sus enormes consecuencias socioeconómicas. También se recomendó que la propuesta sea distribuida ampliamente, no solo a los ministros de salud sino a los ministros de planificación y de finanzas y que se formulen planes lo más pronto posible para traducir los conceptos expuestos en el documento en acciones concretas.

El Director expresó su profundo agradecimiento a todos los que habían tomado parte en la redacción del documento y a los Estados Miembros y a los observadores presentes en la reunión del Comité Ejecutivo por sus valiosos comentarios sobre la forma de mejorar la propuesta. Señaló que al igualar la salud con el desarrollo, la propuesta expresa lo que los trabajadores de la salud ya saben desde hace mucho tiempo: la verdadera salud solo puede lograrse mediante el desarrollo auténtico, lo que significa desarrollo humano orientado a la satisfacción de las necesidades de todos los integrantes de la población. Expresó la esperanza de que el documento sirva de base para un debate intersectorial amplio sobre la reforma en el terreno de la economía y la salud en los países. Además, destacó que la propuesta de la OPS/CEPAL es uno de varios documentos importantes sobre políticas, entre los que se cuentan las OEPP 1995-1998, *Las condiciones de salud en las Américas* y el *Informe Cuadrienal del Director*— que van a proporcionar una base para las acciones de la Organización durante los próximos años.

El Comité Ejecutivo aprobó la Resolución CE113.R14 sobre este tema. En esa resolución se solicita al Director que incorpore las sugerencias del Comité en el documento y recomienda que la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana apruebe una resolución instando a los Estados Miembros a difundir la propuesta y a incorporar sus elementos básicos en los programas y las políticas sobre desarrollo nacional y además, a fomentar la colaboración que están llevando a cabo la OPS y la CEPAL. El texto completo de la resolución aparece en el Informe Final de la 113<sup>a</sup> Reunión.

*Tema 4.11: Estudio de mercado para los servicios del Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ)*

El Dr. Chávez Peón (Relator, Subcomité de Planificación y Programación) dijo al Comité Ejecutivo que el Subcomité había asistido, en abril de 1994, a la presentación del Informe que hizo el Director de INPPAZ, Dr. Raúl Londoño. El Dr. Londoño explicó cómo se había llevado a cabo el estudio de mercado para los servicios del INPPAZ, e hizo notar que se orientaba a identificar las áreas en las cuales el INPPAZ podría servir mejor a los países y cómo podría conseguir nuevas fuentes de financiamiento. Los resultados preliminares indicaban que una mayoría de los entrevistados estaban familiarizados con el INPPAZ, que estaban interesados en usar sus servicios y dispuestos a pagar por ellos.

El Subcomité hizo hincapié en la necesidad de interpretar los resultados del estudio tan cuidadosamente como fuese posible ya que se había llevado a cabo precisamente para determinar cuáles áreas deben desarrollarse más rápidamente.

El Dr. Arámbulo (OPS) recordó que el estudio de mercado se había llevado a cabo de conformidad con una resolución aprobada en 1993 por la XXXVII Reunión del Consejo Directivo. Recalcó que siendo la principal función del Instituto la de prestar cooperación técnica, el estudio no tenía el mismo enfoque comercial que los estudios de mercado convencionales. Esbozó el procedimiento seguido para llevar a cabo el estudio, que estuvo a cargo de una empresa consultora argentina, y señaló que la población del estudio consistió básicamente en instituciones públicas relacionadas con la salud y la agricultura y en instituciones privadas, que incluían laboratorios y entidades que se ocupan de la inocuidad de los alimentos y problemas afines. Manifestó el Dr. Arámbulo que, a pesar de algunos obstáculos que entorpecieron la recopilación de los datos, la información recabada había servido para identificar metas inmediatas para el INPPAZ y producir un plan a mediano plazo para las actividades futuras del Instituto en las áreas de difusión de información, adiestramiento, asistencia técnica directa, referencia internacional e investigación aplicada.

El Representante de la Argentina expresó la satisfacción de su país por habersele elegido como sede del INPPAZ. Expuso algunos de los esfuerzos conjuntos que han tenido lugar entre instituciones argentinas y el INPPAZ y destacó el valor que tiene para su país y para todos los países de la Región, el trabajo que lleva a cabo el Instituto. El Observador por los Estados Unidos agradeció a la Secretaría la atención prestada a los aspectos que su delegación había mencionado anteriormente con relación al INPPAZ y expresó la convicción de que su programa de trabajo, en particular la importancia asignada al control de calidad de los alimentos, respondía claramente a la demanda en la Región.

En cuanto a este tema, el Comité Ejecutivo aprobó la Resolución CE113.R15, en la cual se aprueban los documentos relativos al estudio de mercado y al estudio financiero del INPPAZ, así como las recomendaciones del Comité Científico-Técnico y del Consejo de Coordinación Internacional del INPPAZ, como guía para determinar cómo se deben enfocar las actividades de cooperación técnica del Instituto; y solicitar al Director que continúe perfeccionando el desempeño del INPPAZ de tal manera que responda cada vez más a las necesidades básicas de los países.

#### *Tema 4.12: Vigilancia y evaluación de las estrategias de Salud para todos en el año 2000*

El Dr. Chávez Peón, (Relator, Subcomité de Planificación y Programación) dijo que el Subcomité había considerado un informe presentado por el Dr. Castellanos (OPS)

sobre el estado de la tercera vigilancia del progreso de la puesta en marcha de las estrategias de salud para todos en el año 2000 (SPT-2000). El Dr. Castellanos hizo notar que la Asamblea Mundial de la Salud había decidido que los ejercicios de evaluación debían ser llevados a cabo cada seis años, mientras que los ejercicios de vigilancia deben realizarse cada tres años en conformidad con el marco y el formato comunes desarrollados para ese fin. Para la fecha de la reunión del Subcomité, en abril de 1994, solo nueve países habían presentado sus informes, aunque la fecha límite de entrega que se había fijado era el 28 de febrero de 1994.

El Dr. Castellanos presentó luego una versión actualizada del informe presentado al Subcomité. Recalcó que la evaluación y la vigilancia no son simplemente ejercicios de recopilación de datos sino procesos constantes que brindan a los países la oportunidad de identificar los grupos y regiones prioritarios y ajustar sus políticas y planes de salud en conformidad con esas prioridades. Informó que desde la reunión del Subcomité, 11 países y territorios más habían presentado la información, lo que llevaba a 20 el número total de países de los cuales se tiene información. Sin embargo, parte de la información recibida consistía en datos numéricos sin explicaciones o análisis.

Agregó el Dr. Castellanos en que el documento que se presentaría a la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana y posteriormente a la OMS se prepararía con la información recibida de los países sobre las condiciones y las tendencias de salud, las experiencias en la atención primaria, el desarrollo de los sistemas de salud, los recursos disponibles, los cambios en los estilos de vida y en las condiciones ambientales y las tendencias actuales, tanto demográficas como socioeconómicas. Dada la elevada probabilidad de que no se reciba información de todos los países, la Secretaría ha previsto obtener información de diversas fuentes incluyendo los informes preparados por los Representantes de la OPS/OMS en los países para *Las condiciones de salud en las Américas* y de documentos del UNICEF, el PNUD, la CEPAL, el BID, el Banco Mundial y otras fuentes.

En el debate que sostuvo el Comité sobre este tema los representantes afirmaron la importancia de la meta de SPT-2000 pero observaron que esta parecía cada vez más difícil de lograr dado el aumento de la pobreza y las enormes diferencias entre las condiciones de salud en los países en desarrollo y en los desarrollados y las diferencias notables aún dentro de los países desarrollados. Recalaron que es importante que todos los países presenten sus informes para que los datos no se obtengan de otras fuentes, lo que iría en detrimento de la calidad y la confiabilidad del documento definitivo.

El Comité Ejecutivo aprobó la Resolución CE113.R16, que insta a los Estados Miembros a renovar su compromiso con las estrategias de salud para todos en el año 2000 y con la atención primaria de salud y a intensificar sus esfuerzos para que los informes nacionales que todavía no ha recibido la Secretaría sean enviados cuanto antes.

En dicha resolución se solicita al Director que apoye el proceso de revisión del marco y formato comunes utilizados actualmente así como de los procedimientos para los ejercicios de vigilancia y evaluación a fin de otorgar el máximo valor posible a las respuestas preparadas por los países, y que continúe trabajando en la preparación del informe regional que presentará a la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana.

*Punto 5.1: Informe sobre la recaudación de las cuotas*

El Sr. McMoil (OPS) informó al Comité que al 1 de enero de 1994 el total de las contribuciones atrasadas correspondientes a los años anteriores a 1994 llegaba a \$30.242.377. Entre el 1 de enero y el 17 de junio se recibieron pagos por un monto de \$14.177.171, lo que hizo disminuir el monto de las cuotas atrasadas a \$16.065.202. Posteriormente se recibió un pago de \$47.916. La cantidad en mora para la misma fecha de 1993 era de \$17.192.128. El total recaudado hasta la fecha en 1994 representaba un 47% de las contribuciones totales pendientes en 1993. Al 17 de junio de 1994, el cobro de las contribuciones correspondientes a 1994 ascendía a solo \$6.100.052, es decir, a un 8% del total, en comparación con 21% para la misma fecha en 1993 y un 25% en 1992. Informó que diez Estados Miembros habían pagado la totalidad de sus cuotas para 1994, tres habían efectuado pagos parciales y 26 no habían efectuado ningún pago. En conjunto, la recaudación de las cuotas atrasadas y las correspondientes a 1994 totalizaban \$20.325.139, que es un 25% del nivel calculado de las contribuciones para 1994. La cifra para la misma fecha en 1993 fue del 50%.

En cuanto a los Estados Miembros sujetos a la suspensión de sus privilegios de voto en conformidad con el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS por no haber cumplido con sus obligaciones financieras con la Organización, el Sr. McMoil dijo al Comité que nueve países podrían estar sujetos a esa disposición. Bolivia adeudaba un total de \$225.293 en cuotas atrasadas, de los cuales \$106.015 corresponden a 1991. Hasta la fecha de la reunión del Comité Ejecutivo en 1994 no se había recibido pago alguno, ni se conocen los planes de pago de dicho país. Cuba debía \$2.478.382, de los cuales \$805.342 corresponden a 1991 y años anteriores. Cuba contrajo un compromiso de pago en 1993 y continuaba efectuando pagos pequeños para disminuir el monto de su deuda. Los pagos en mora de Guatemala sumaban \$423.776, de los cuales \$146.546 correspondían a 1991 y años anteriores. Al 17 de junio de 1994, había pagado \$154.329. Haití adeudaba \$361.308, de los cuales \$212.030 correspondían a 1991 y años anteriores. A finales de 1993 el Gobierno y la Secretaría aprobaron un plan diferido de pagos que estipulaba una serie de pagos anuales en el período 1993-1998. Hasta el 17 de junio de 1994 no se había recibido ningún pago. La cantidad adeudada por Jamaica llegaba a \$394.756, de los cuales \$10.899 correspondían a 1991, y Nicaragua adeudaba \$153.931, de los cuales \$4.653 pertenecían a las contribuciones para 1991. Agregó el Sr. McMoil que se esperaba que esos saldos pendientes pequeños fuesen cancelados antes de la inauguración de la Conferencia Sanitaria Panamericana.

El Perú adeudaba \$896.064, de los cuales \$8.033 corresponden a 1991. Este país no había efectuado pagos en 1994 ni había informado a la Secretaría de sus planes de pago. Las cuotas atrasadas de Suriname totalizaban \$200.347, de las cuales \$51.069 son contribuciones del año 1991 y hasta el 17 de junio de 1994, no había efectuado ningún pago.

El Director señaló que si bien algunos países habían hecho intentos encomiables para cumplir con sus obligaciones financieras con la Organización, 15 países no habían efectuado pagos en todo el año 1994. Nueve países se enfrentan con la posibilidad real de que se suspendan sus privilegios de voto, aunque la Conferencia Sanitaria Panamericana podría decidir que esos países pueden votar si se determinara que existen condiciones especiales. Sin embargo, instó a todos los Estados Miembros —pero en particular a los que han recibido cantidades importantes en cooperación técnica y financiera que superan el monto de sus contribuciones— a que hagan todo lo posible por ponerse al día en sus pagos para que la Organización pueda continuar funcionando sin tropiezos.

El Comité Ejecutivo aprobó la Resolución CE113.R1, en la que toma nota del informe sobre la recaudación de las cuotas, agradece a los Gobiernos Miembros que han efectuado sus pagos para 1994 e insta a los otros a que lo hagan cuanto antes, y recomienda a la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana que se apliquen rigurosamente las disposiciones del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS; además, solicita al Director que mantenga informados a los Gobiernos Miembros de cualquier saldo adeudado e informe a la Conferencia Sanitaria sobre el estado de la recaudación de las cuotas.

*Tema 5.2: Informe financiero del Director e informe del auditor externo para 1992-1993*

El Sr. McMoil (OPS) presentó el informe financiero preliminar del Director para 1992-1993 y observó que el informe final revisado, estaría listo en 30 días y se publicaría, junto con el informe del Auditor Externo, como un documento oficial. Explicó que la OPS había instalado un nuevo sistema financiero, y debido a las dificultades encontradas para convertir los datos al nuevo formato, fue imposible concluir el informe financiero a tiempo para hacerlo revisar y certificar por el Auditor Externo antes de la 113<sup>a</sup> Reunión del Comité Ejecutivo. Puesto que, según el Artículo XII del Reglamento Financiero de la Organización, se exige al Comité Ejecutivo que revise el informe financiero definitivo del Director y el informe del Auditor Externo antes de remitirlos a la Conferencia Sanitaria Panamericana, la Secretaría propuso que el Comité Ejecutivo se reuniera en una sesión especial antes de la apertura de la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana.

Agregó el Sr. McMoil que pesar de que los estados financieros presentados al Comité no habían sido verificados por el Auditor, reflejaban con exactitud la situación financiera de la Organización al 31 de diciembre de 1993. El informe preliminar contenía detalles de las transacciones financieras de la OPS durante el período comprendido entre el 1 de enero de 1992 y el 31 de diciembre de 1993 y los estados financieros del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), así como del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI). Los estados financieros para el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), junto con el informe del Auditor Externo para el INCAP, son definitivos y completos y se presentaron por separado. Examinó brevemente algunas de las cifras contenidas en el informe y recalcó que la situación financiera general de la Organización es muy sólida y los recursos financieros de que dispone son adecuados para el financiamiento inicial de sus programas en 1994-1995, mientras se recaudan las contribuciones pendientes.

Con respecto a la situación financiera del CAREC, el Sr. McMoil informó que el Centro sufrió una pérdida neta de aproximadamente \$787.000 como resultado de una disminución en su ingreso y en la recaudación de las cuotas. El estado financiero del CFNI, por otra parte, mejoró algo en relación con años anteriores. El Instituto registró un excedente neto de cerca de \$81.000, en comparación con una pérdida de más de \$113.000 en 1990-1991. En cuanto al INCAP, el Auditor Externo no observó graves deficiencias en la administración o las cuentas del Instituto, y su situación financiera sigue siendo equilibrada.

El Director recalcó que la situación financiera de la Organización es sumamente sólida. El hecho financiero más significativo durante el período 1992-1993 fue la reducción considerable de los ingresos varios como resultado de las fluctuaciones en las tasas de interés en el mercado de capitales, en particular de los Estados Unidos. Los ingresos varios ascendieron a \$9.081.000, cifra que caía dentro de la cantidad proyectada de \$9.700.000. Sin embargo, el presupuesto se ejecutó en conformidad con el plan y se prevé que el presupuesto para 1994-1995 se ejecute sin mayores dificultades. El Director manifestó que confía en que el Auditor Externo confirmará la solidez y la exactitud de las cuentas de la Organización.

Se hicieron varias aclaratorias en relación con ciertos rubros y frases que figuran en el informe preliminar; a continuación se acordó celebrar una sesión especial de la 113<sup>a</sup> Reunión del Comité Ejecutivo a las 3:30 p.m. del día domingo anterior a la inauguración de la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana. En esa reunión, el Comité examinará el documento oficial que contiene el informe financiero del Director y el informe del Auditor Externo.

En razón de que el documento presentado no era la versión definitiva del informe no se aprobó ninguna resolución. La presentación y el debate se reflejan en las actas de la Reunión.

*Tema 5.3: Fondo de la OPS para bienes inmuebles, y mantenimiento y reparación de los edificios propiedad de la OPS*

El Sr. Tracy (Jefe de Administración, OPS) informó que las obras efectuadas en la celosía de hormigón que rodea a la Sala de Conferencias del edificio de la Sede se concluyeron de conformidad con el presupuesto total aprobado. La construcción de un nuevo centro de documentación y la conversión de espacio para oficinas en el edificio de Venezuela, obras aprobadas por el Comité en su 111<sup>a</sup> Reunión, también quedaron terminadas dentro del presupuesto autorizado. Para 1994 se propone solamente un proyecto. Es urgente renovar la instalación eléctrica del edificio del Perú con miras a instalar computadoras, fotocopiadoras y otro equipo eléctrico que se ha adquirido desde la compra del edificio en 1967. El costo estimado del proyecto es \$42.000.

En respuesta a una pregunta de uno de los representantes, el Sr. Tracy estimó que el valor actual en el mercado del edificio donde funciona la Sede de la OPS se halla probablemente entre \$25 y \$35 millones.

Mediante la Resolución CE113.R12, el Comité Ejecutivo aprobó la propuesta para remodelar el sistema eléctrico en el edificio del Perú a un costo de \$42.000.

*Tema 5.4: Nuevo Edificio de la Sede de la OPS*

El Dr. Chávez Peón (Relator, Subcomité de Planificación y Programación) informó al Comité que durante la reunión del Subcomité celebrada en abril, el Director indicó que había pocas probabilidades de que la OPS pudiera construir el edificio para su Sede en el lote destinado para ese fin, en el condado de Montgomery, en Maryland. Esto se debe a que recientemente fue modificada una ordenanza local de planeamiento urbano que prohíbe la construcción de sedes de organismos internacionales o embajadas en zonas residenciales de ese condado.

El Sr. Tracy (Jefe de Administración, OPS) informó que en diciembre de 1993 la OPS había entablado un juicio para tratar de revocar el cambio de zonificación aprobado recientemente para el condado de Montgomery. A pesar de que el Estado de Maryland presentó un alegato en apoyo de la Organización, más tarde, durante la audiencia celebrada el 3 de marzo de 1994, el juez dictaminó en favor del condado de Montgomery. Posteriormente, la Organización interpuso un recurso y se espera que el fallo sea dado a conocer en julio o agosto de 1994. El Sr. Tracy observó que será prácticamente imposible para la Organización ubicarse en Maryland a menos que la

ordenanza sea anulada; y buscar un lote en el Distrito de Colombia no es viable debido a que todos los sitios apropiados son muy costosos.

El debate del Comité sobre este tema se refleja en las actas de la Reunión. No se aprobó ninguna resolución.

*Tema 5.5: Edificios de las oficinas de campo de la OPS*

El Sr. Tracy (Jefe de Administración, OPS) recordó que el Comité, en su 112ª Reunión, había autorizado al Director para que continuara las negociaciones para la construcción de edificios nuevos destinados a las oficinas de campo de la OPS en Barbados y México. Informó que en Barbados se están elaborando los planes de arquitectura para la construcción de un nuevo edificio que se hará en el mismo sitio donde se encuentra ubicada actualmente la oficina de la OPS. El Gobierno de Barbados ha acordado arrendar ese sitio a la Organización, y la Asamblea Mundial de la Salud ha aprobado una contribución de \$325.000 para el proyecto. En cuanto a la oficina de México, el Gobierno y la Organización están estudiando varias opciones, entre las que se incluyen la construcción de un edificio nuevo si fuese posible encontrar un solar adecuado o la compra y renovación de un edificio. La Asamblea Mundial de la Salud ha aprobado un aporte de \$250.000 para cualquier proyecto que finalmente se decida ejecutar.

El Director indicó que la construcción del edificio de Barbados empezará en diciembre de 1994. En México, las dificultades para encontrar un lote de terreno apropiado han llevado a la Organización a considerar la posibilidad de adquirir un edificio, siempre que el costo se encuentre dentro de los límites aprobados. El Gobierno Mexicano ha expresado interés en que se resuelva el asunto antes de que finalice el actual mandato presidencial en diciembre de 1994. Observó que, debido a los alquileres en alza y otros problemas, la Organización está considerando o ya ha hecho cambios en sus oficinas en Bolivia, Colombia, República Dominicana, Ecuador, Paraguay y Suriname. El Director señaló que a lo largo de los años, la Organización ha adquirido u obtenido los derechos de 25 edificios en toda la Región, además del edificio de la Sede.

Durante el debate de este tema se hicieron preguntas relativas a la posibilidad de compartir las instalaciones con otros organismos de las Naciones Unidas en los países, las repercusiones que tienen sobre el presupuesto la compra y el mantenimiento de las 26 propiedades mencionadas por el Director, y si el costo de los proyectos para los edificios de México y Barbados excedería el tope de \$500.000 del Fondo para bienes inmuebles de la OPS. El Director indicó que estaba estudiándose la posibilidad de compartir el espacio con otros organismos de las Naciones Unidas y la situación parece bastante prometedora en Bolivia, el Ecuador y Honduras. En respuesta a la pregunta acerca de las repercusiones presupuestarias, señaló que la compra o el contrato de



arrendamiento de los 25 edificios situados en el campo no tenía repercusiones negativas sobre el presupuesto y, en realidad, representa un ahorro a largo plazo para la Organización. En cuanto al costo de los proyectos de México y Barbados, el Sr. Tracy recalcó que los arreglos financieros que se habían hecho fueron sumamente ventajosos para la Organización porque los costos serían compartidos por la OMS y los Gobiernos de los dos países. El Director agregó que se estudian otras posibilidades financieras y que quizás no sea necesario emplear dinero del Fondo para bienes inmuebles de la OPS, pero en ningún caso la cantidad empleada superaría la cifra tope de \$500.000.

El Comité no aprobó ninguna resolución sobre este tema. El debate quedó registrado en las actas de la Reunión.

*Tema 5.6: Enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana*

Las enmiendas propuestas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana fueron presentadas por la Dra. La Vertu (OPS), quien explicó que se están efectuando los cambios necesarios para que el Reglamento del Personal de la Oficina concuerde con las revisiones adoptadas por el Consejo Ejecutivo de la OMS en su 93<sup>a</sup> reunión en enero de 1994, que fueron resultado de decisiones adoptadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su cuadragésimo octavo período de sesiones en diciembre de 1993. A continuación, la Dra. La Vertu describió cada uno de los cambios propuestos e hizo notar que estos no tienen consecuencias presupuestarias ya que cualquier aumento va a ser costado por partidas ya establecidas.

Durante el debate de este tema en el Comité se sugirieron varios cambios para aclarar la redacción del Artículo 440.4 del Reglamento del Personal referente a los procedimientos para prolongar el nombramiento de funcionarios públicos nacionales en régimen de adscripción; sin embargo, se observó que, debido a que el texto de la enmienda ya había sido aprobado por el Consejo Ejecutivo de la OMS, la aprobación de un cambio de redacción por el Comité Ejecutivo crearía una leve discrepancia entre el Reglamento del Personal de la OMS y el de la Oficina. El Director agregó que consideraba que la OPS podría tomar la iniciativa en adoptar el cambio de redacción propuesto, ya que no creía que se estuviese infringiendo el espíritu de la enmienda aprobada por el Consejo Ejecutivo de la OMS.

El Comité Ejecutivo aprobó dos resoluciones sobre este tema. La primera, la Resolución CE113.R19, confirma las enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana en cuanto, entre otras cosas, a la abolición del plan de aumento de sueldo dentro del mismo grado por méritos de servicio, la definición de la remuneración pensionable, los procedimientos aplicables a la contratación de funcionarios públicos nacionales en régimen de adscripción, la escala de sueldos para los puestos de

las categorías profesional y de directores, y las escalas de contribuciones para el personal profesional y de grados superiores. La resolución también aprueba la modificación propuesta en la redacción de la enmienda al Artículo 440.4 del Reglamento del Personal de la OPS.

La segunda resolución aprobada por el Comité, la CE113.R20, fija el sueldo neto del Director Adjunto en \$82.586 anuales (con familiares a cargo) y en \$74.721 (sin familiares a cargo) y el sueldo neto del Subdirector en \$81.586 anuales (con familiares a cargo) y en \$73.721 sin familiares a cargo, con efecto a partir del 1 de marzo de 1994. La resolución también recomienda a la Conferencia Sanitaria Panamericana que fije el sueldo neto del Director en \$90.043 anuales (con familiares a cargo) y en \$80.922 (sin familiares a cargo), con efecto a partir del 1 de marzo de 1994.

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

El informe de la Asociación de Personal fue presentado por el Sr. Arenales (OPS), quien afirmó que la Organización ha encontrado dificultades para contratar y retener a personal calificado debido a los bajos sueldos que ofrece y en consecuencia, había recurrido a prácticas poco transparentes de contratación. Agregó que una encuesta efectuada en 1992 y 1993 demostró que muchos nombramientos se habían hecho sin que se hubiese distribuido el aviso correspondiente y muchos otros nombramientos se confirmaron sin la consideración previa de un comité de selección.

Informó que, en febrero de 1994, se habían presentado al Tribunal Administrativo de la Organización Internacional del Trabajo cuatro apelaciones del personal de la OPS. Todas ellas reflejan un problema común que es la resistencia de la Administración a adherirse al Reglamento y al Estatuto del Personal de la Organización y la falta de negociación.

La Asociación de Personal considera que es esencial incluir a representantes del personal en las deliberaciones relativas a la reclasificación de puestos y a los planes para reestructurar a la Organización. Además, debe terminarse la práctica de contratar a funcionarios nacionales según las condiciones locales de empleo que, en ocasiones, los excluyen del seguro de enfermedad o de los beneficios de los planes de jubilación.

Hizo notar que a pesar de haberse alcanzado la meta fijada en 1986 para la contratación de mujeres para puestos profesionales, se habían nombrado muy pocas mujeres para desempeñar puestos como Representantes de la OPS/OMS o para los cargos de alto nivel dentro de la Secretaría. Debe incrementarse el esfuerzo por colocar a las mujeres en los puestos de toma de decisiones. Señaló, además, que actualmente la Organización no cuenta con una política sobre acoso sexual por lo que debe adoptarse una.

El Director declaró enfáticamente que las acusaciones de la Asociación de Personal en lo referente a prácticas de contratación poco transparentes no se ajustan a la verdad. En 1992-1993 se cubrieron en la Organización 85 puestos de trabajo: 55 de ellos con participación directa mediante los comités de selección, en los cuales la Asociación de Personal siempre estuvo representada, y 21 luego de procedimientos estatutarios normales, por medio de los comités de selección del personal superior. De estos últimos, 18 eran nombramientos jerárquicos que el Director anteriormente tenía derecho a hacer directamente, sin ninguna intervención de un comité de selección.

Nueve puestos no fueron sometidos a los procesos habituales de selección y contratación. De ellos, cinco pertenecen al cuadro profesional: un funcionario P.5 transferido del UNICEF, dos P.4, uno en Bolivia y otro en Haití, pagados con recursos extrapresupuestarios y contratados por falta de otros candidatos; y dos especialistas en informática, para cumplir funciones urgentes en la Sede. Los cuatro nombramientos restantes fueron para puestos de servicios generales: un fotógrafo (G.7), nombrado para llenar un puesto que había permanecido vacante por algún tiempo; un G.5 que trabaja en procesamiento de datos y dos secretarías (G.5) para las oficinas del Director y el Director Adjunto, cuyo nombramiento mediante los procedimientos de selección normal no era posible debido a la naturaleza confidencial de estos puestos.

El Sr. Arenales agradeció la información suministrada por el Director que la Asociación de Personal había solicitado en abril de 1994, y aclaró que no había sido su intención hacer acusaciones sino buscar soluciones.

*Tema 6.2: Resoluciones y otras acciones de la 47<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS*

El Dr. Knouss (Director Adjunto, OPS) presentó un resumen de las resoluciones de la 47<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud consideradas de interés específico para la Región. Una de las más significativas fue la Resolución WHA47.4, que aprueba el Noveno Programa General de Trabajo. La resolución WHA47.5 aborda el tema de la nutrición del lactantes y el niño pequeño e insta a que no se hagan donaciones ni se subvencionen los suministros de sucedáneos de la leche materna en los hospitales y que dichos productos se distribuyan con cautela durante las operaciones de socorro en casos de emergencia. Las resoluciones WHA47.9 y la WHA47.10 relativas a la salud de la madre y el niño y a la planificación de la familia son totalmente congruentes con los métodos normativos para la ciencia de la salud reproductiva formulados y probados en el terreno por el Centro Panamericano de Perinatología (CLAP) de Montevideo, y con los esfuerzos de la OPS para abordar los problemas planteados por el matrimonio y el embarazo a edades muy tempranas, así como por la discriminación en razón del sexo.

Informó que la Asamblea Mundial de la Salud había aprobado cinco resoluciones en relación con los medicamentos esenciales y los productos farmacéuticos, incluyendo una referente a la revisión y enmienda de las Prácticas Adecuadas de la OMS para la Fabricación de Productos Farmacéuticos, documento que será particularmente útil para los países de la Región que actualmente preparan sus propias normas. La resolución WHA47.27 sobre el Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo reconoció los esfuerzos que están en marcha en la Región para abordar las necesidades sanitarias de las comunidades indígenas. La resolución WHA47.32 sobre la lucha contra la oncocercosis es de interés particular para más de un millón de personas en Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Venezuela que se hallan expuestas al riesgo de contraer la enfermedad.

En cuanto a los asuntos administrativos considerados por la Asamblea, observó que en razón de que varios Estados Miembros no han pagado sus contribuciones del presupuesto ordinario, el Director General de la OMS había decidido reducir las cantidades asignadas a todas las regiones de la OMS en un 10%. La OPS se adaptó a la reducción mediante la congelación de puestos vacantes y la disminución en los gastos de programa. La Asamblea también apoyó varias decisiones tomadas por el Consejo Ejecutivo con respecto a la Iniciativa para la Respuesta de la OMS a los Cambios Mundiales.

Finalmente, observó que se eligió a Cuba y a los Estados Unidos de América, en representación de las Américas, para designar a dos representantes que formarán parte del Consejo Ejecutivo de la OMS por haber llegado a su fin los mandatos del Dr. M. Paz Zamora de Bolivia y del profesor B.A. Grillo del Uruguay.

En el debate que siguió a la presentación del Dr. Knouss se señaló que un aspecto fundamental del Noveno Programa General de Trabajo es la importancia que asigna a hacer frente a problemas concretos de salud y a disminuir las inequidades. Se hizo referencia a la Resolución WHA47.30 sobre las condiciones de salud de la población árabe en los territorios árabes ocupados, y se observó que la salud se ha convertido en un instrumento para resolver los conflictos entre los países y un puente para la paz a nivel mundial. También se observó que la 47<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud fue una de las menos controversiales que se haya celebrado jamás; se logró el consenso entre Israel y los países árabes, Sudáfrica fue acogida con beneplácito al retornar como miembro de la OMS y hubo acuerdo sobre muchos temas técnicos. Además, el Dr. Jesús Kumate (México) recibió las congratulaciones de la Asamblea por su elección como Presidente del Consejo Ejecutivo de la OMS.

El Comité no consideró necesario aprobar una resolución sobre este tema. El debate aparece resumido en las actas de la Reunión.

*Tema 7: Otros asuntos*

El Dr. Alleyne (Subdirector, OPS) presentó información actualizada al Comité sobre el proceso de reforma que está en curso en la Organización Mundial de la Salud, observando que el Grupo de Trabajo del Consejo Ejecutivo sobre la Respuesta de la OMS a los Cambios Mundiales había formulado 47 recomendaciones relativas a siete áreas principales: la misión de la OMS; los órganos deliberantes de la OMS; los cambios en el trabajo de la Secretaría en la Sede de la OMS, a nivel de las Oficinas Regionales y a nivel de las oficinas de país; la coordinación con organismos de las Naciones Unidas y otros organismos; asuntos presupuestarios y financieros; fortalecimiento de la capacidad técnica y de investigación; y las comunicaciones. Observó que la OMS había establecido el Consejo de Políticas Mundiales y el Comité para el Desarrollo de la Gestión para abordar los temas planteados por el Grupo de Trabajo y también había creado equipos de desarrollo para formular políticas y crear instrumentos de gestión en varias áreas.

Informó que el Comité para el Desarrollo de la Gestión había tratado el tema de la gestión de la Organización y la forma en que podría cambiarse se ha abordado con todo detalle; además, se ha prestado mucha atención a la manera de simplificar los procesos de elaboración del presupuesto y de programación, cómo hacer más eficaz el trabajo de los diversos comités de la OMS, cómo aumentar la participación de los órganos deliberantes en la Organización y cómo hacer más transparente el trabajo de la Organización. Las recomendaciones de ese Comité y las consecuencias que tendrán para el presupuesto las considerará posteriormente el Consejo de Políticas Mundiales, el Consejo Ejecutivo y la Asamblea Mundial de la Salud.

El Director dijo al Comité que los problemas relativos a la integración y la cooperación regional entre los países se habían tratado en los debates de la cuarta Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado. Los líderes que participaron en la Cumbre solicitaron que la OPS continuara sus esfuerzos por llevar a la práctica el Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud.

También informó a los representantes que la OPS, junto con la Organización de los Estados Americanos, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Banco Interamericano de Desarrollo y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, están organizando una Conferencia Interamericana sobre Violencia, Salud y Sociedad, programada tentativamente para los días 16 y 17 de noviembre de 1994, en Washington, D.C. Se espera que los países envíen a representantes de todos los organismos gubernamentales que participan en la búsqueda de soluciones al problema, entre ellos, los ministerios de salud, de justicia, del interior, de la economía y la educación. Además, se está invitando a todos los galardonados con el premio Nobel de la paz en la Región de las Américas. Se pedirá a personalidades de

distintas disciplinas que participen en cinco paneles, en los que se prevé abordar temas como los aspectos políticos y culturales de la violencia, sus repercusiones económicas, sus manifestaciones en el seno de la familia y su magnitud como problema de salud pública. También se ha previsto que la reunión considere una declaración que se adoptaría en la Cumbre Interamericana convocada por el Presidente Clinton en diciembre de 1994. El Director pidió a todos los Representantes y Observadores presentes en el Comité Ejecutivo que promovieran la Conferencia en sus respectivos países e instó a la participación de ministros y otras autoridades preocupadas por el problema de la violencia.

El Director también sugirió al Comité que, debido a la necesidad de preparar sin demora el informe final de la Reunión, en vez de efectuar una sesión más de la 113<sup>a</sup> Reunión, antes del inicio de la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana, para considerar el Informe Financiero del Director y el del Auditor Externo, según se había acordado, se convocará otra reunión, que será la 114<sup>a</sup>.

El informe de la 114<sup>a</sup> Reunión se presentará a la Conferencia por separado, como un addendum a este documento.



# XXIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

## XLVI REUNION DEL COMITE REGIONAL

WASHINGTON, D.C.  
SEPTIEMBRE 1994

### Tema 3.1 del programa provisional

CSP24/7, Add. I (Esp.)  
25 septiembre 1994  
ORIGINAL: ESPAÑOL

### INFORME ANUAL DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ EJECUTIVO

#### *114ª REUNIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO*

La sesión plenaria única de la 114ª Reunión del Comité Ejecutivo se llevó a cabo el 25 de septiembre en la Sede de la OPS en Washington, D.C. Asistieron a ella los representantes de Argentina, Belice, Bolivia, Canadá, México, Saint Vincent y las Granadinas, y Uruguay. Además estuvieron presentes observadores por los Estados Unidos de América y por Venezuela.

El Dr. Argentino L. Pico (Argentina) presidió la reunión. El Sr. Edward Aiston (Canadá) y el Dr. Ruben Campos de Belice actuaron como Vicepresidente y Relator, respectivamente.

#### *Tema 2.1: Adopción del Programa de Temas*

De conformidad con el Artículo 5 del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo, los miembros adoptaron el programa provisional de temas preparado por la Secretaría para la 114ª Reunión.

#### *Tema 3.1: Informe financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1992-1993.*

El Comité escuchó los informes del Sr. William McMoil (OPS) y del Sr. Martin Sinclair de la Oficina del Contralor y Auditor General del Reino Unido, quien presentó el Informe del Auditor Externo, Sir John Bourn. El Sr. Sinclair notificó que el Auditor Externo había concluido que los estados financieros reflejan debidamente la situación financiera de la Organización y los resultados de sus operaciones en el ejercicio financiero en cuestión. Agregó el Sr. Sinclair que el Auditor Externo había determinado que la situación financiera de la Organización al 31 de diciembre de 1993 era razonablemente satisfactoria. No obstante, las situaciones financieras del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) se encontraron considerablemente menos

satisfactorias. Por otra parte, observó que el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) ha registrado mejoras en su situación financiera.

El Informe del Auditor Externo manifiesta inquietud sobre varios asuntos entre los que se encuentran, la debilidad financiera de algunos de los centros panamericanos y su capacidad para poder seguir funcionando sin el apoyo financiero de la Organización; los problemas que se encontraron en la puesta en práctica del nuevo sistema de gestión financiera, que obstaculizaron seriamente las operaciones financieras y contables normales de la Organización e hicieron imposible preparar los informes finales del Director y del Auditor Externo a tiempo para la 113ª reunión del Comité Ejecutivo en junio de 1994; y la viabilidad financiera de la reubicación propuesta para la Sede de la OPS.

El Sr. McMoil analizó las cifras incluidas en el Informe Financiero del Director (*Documento Oficial 261*), haciendo notar que ellas demostraban que la Organización había mantenido un crecimiento constante en los programas y que sus finanzas habían seguido siendo sanas durante el bienio 1992-1993. Los gastos totales habían aumentado en aproximadamente 9% con respecto a los gastos de 1990-1991. La recaudación de las cuotas para el bienio había aumentado a 80,2% del total, en comparación con 71% para 1990-1991, y los ingresos varios obtenidos habían superado los cálculos del presupuesto en más de \$300.000, lo que dio un superávit operativo neto de \$2.000.000. Ese superávit se colocó en una cuenta especial hasta que la Conferencia Sanitaria Panamericana decida cómo se van a utilizar esos fondos. También indicó que, de conformidad con el Artículo 4.5 del Reglamento Financiero de la Organización, se han transferido fondos entre las diferentes partes del presupuesto para satisfacer necesidades de los programas y exigencias de financiamiento relativas a la transferencia de cuatro puestos vinculados con el establecimiento de la Secretaría Ejecutiva del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud. Se solicitó la anuencia del Comité Ejecutivo para efectuar esas transferencias.

En cuanto al CAREC y al CFNI, el Sr. McMoil hizo notar que ambos centros había presentado déficits, debido principalmente a la disminución en los ingresos y en la recaudación de las cuotas, aunque la situación financiera del CFNI había mejorado levemente. También hizo notar que la situación financiera del INCAP había mejorado mucho, por lo que la dependencia financiera del Centro con respecto a la OPS se había reducido a niveles mínimos.

Durante el debate de este tema en el Comité, los miembros expresaron su satisfacción con la sólida situación financiera y las acertadas prácticas financieras reflejadas por el Informe. Se expresó preocupación con relación a los problemas causados por el nuevo sistema de gestión financiera y se solicitó al Director que mantenga informado al Comité Ejecutivo de los avances de la Secretaría hacia la resolución de dichos problemas. También se sugirió que se formule un plan de acción para hacer frente a las actuales dificultades financieras por las que atraviesan el CAREC, el CFNI y otros centros panamericanos. En relación con la viabilidad del proyecto para construir un nuevo edificio para la Sede, se señaló que era necesario disponer de estimaciones de costos y de proyecciones financieras actualizados. Se plantearon varias preguntas



en relación con las transferencias de fondos entre las diferentes partes del presupuesto. Finalmente se sugirió que el Informe del Auditor Externo debería llevar comentarios del Director relativos a los problemas planteados, lo que ayudaría a las delegaciones a entender mejor esos asuntos y a formarse opiniones sobre ellos.

En respuesta a los comentarios de los representantes, el Sr. Tracy (Jefe de Administración de la OPS) dijo que los problemas del nuevo sistema de gestión financiera habían sido resueltos en su mayoría y que el sistema ya está funcionando satisfactoriamente. Señaló que la puesta en práctica del nuevo sistema había generado ahorros sustanciales para la Organización. En cuanto al proyecto del nuevo edificio, hizo notar que era necesario contar con nuevas estimaciones de costos, no porque los cálculos preparados en 1990, cuando se propuso el proyecto, fuesen inexactos, sino debido a que los problemas legales y de otro tipo surgidos entretanto habían retrasado el proyecto.

El Director hizo hincapié en que la situación financiera global de la Organización es sólida y observó que es importante considerar el panorama general, y no hacer hincapié en los problemas concretos que pueden existir en ciertas áreas. Coincidiendo con los comentarios del Sr. Tracy sobre el sistema de gestión financiera, señaló que los problemas eran inevitables cuando se implantaba un nuevo sistema, pero que el Sr. McMoil y su personal había superado las dificultades iniciales. Reiteró que el sistema está funcionando bien y que se prevé que va a mejorar a medida que el personal adquiera más experiencia en su utilización. En relación con la transferencia de fondos entre las diversas partes del presupuesto, aclaró que algunas transferencias habían sido necesarias para cubrir costos que no se habían incluido en el presupuesto; no obstante, siempre que fue posible esas transferencias se hicieron para satisfacer exigencias de los programas. Finalmente, dijo que consideraba buena la recomendación de que el Informe del Auditor Externo estuviese acompañado de comentarios del Director y aseguró a los delegados que se harían todos los esfuerzos posibles para incluir esos comentarios en el próximo informe.

El Comité Ejecutivo adoptó la Resolución CE114.R1, que toma nota y aprueba las transferencias de fondos efectuadas por el Director de la Parte I a las Partes II y III del Presupuesto Efectivo de Trabajo de 1992-1993. La resolución también recomienda que la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana adopte una resolución que tome nota del Informe Financiero del Director para 1992-1993; felicitando al Auditor Externo por su verificación detallada; expresando preocupación por las dificultades encontradas en la puesta en práctica del nuevo sistema de gestión financiera y solicitando al Director que mantenga informado al Comité Ejecutivo del progreso logrado para resolver esas dificultades; expresando su profunda preocupación acerca de la situación financiera del CAREC y del CFNI e instando a los Gobiernos Miembros a cumplir sus compromisos financieros con dichos centros; reconociendo las mejoras en la situación financiera del INCAP, y felicitando al Director por haber mantenido a la Organización en una situación financiera satisfactoria.