



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## **128.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO**

*Washington, D.C., EUA, 25 al 29 de junio de 2001*

---

CE128/FR (Esp.)  
28 junio 2001  
ORIGINAL: INGLÉS-ESPAÑOL

**INFORME FINAL**

## CONTENIDO

|  | <i>Página</i> |
|--|---------------|
| <b>Apertura de la sesión</b> .....   | 6             |
| <b>Asuntos relativos al reglamento</b> .....   | 6             |
| Mesa Directiva.....  | 6             |
| Adopción del orden del día y del programa de reuniones.....  | 6             |
| Representación del Comité Ejecutivo en el 43. <sup>er</sup> Consejo Directivo,<br>53. <sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas..... | 7             |
| Orden del día provisional del 43. <sup>er</sup> Consejo Directivo,<br>53. <sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.....             | 7             |
| <b>Asuntos relativos a la Constitución</b> .....   | 7             |
| Proceso de la elección del Director de la Oficina<br>Sanitaria Panamericana.....   | 7             |
| <b>Asuntos relativos a los comités</b> .....   | 9             |
| Informe del Subcomité de Planificación y Programación.....   | 9             |
| Informe del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo.....  | 10            |
| Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS<br>en Administración, 2001 .....  | 12            |
| Informe del Comité Permanente de Organizaciones<br>no Gubernamentales.....   | 12            |
| <b>Asuntos relativos a la política de los programas</b> .....  | 13            |
| Proyecto de presupuesto por programas de la Organización<br>Panamericana de la Salud para el ejercicio económico 2002-2003 .....                               | 13            |
| Vacunas e inmunización .....   | 17            |
| Informe sobre la XII Reunión Interamericana a Nivel Ministerial<br>en Salud y Agricultura.....   | 21            |
| Reglamento Sanitario Internacional.....  | 25            |
| Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica .....   | 28            |
| Promoción de la salud.....   | 31            |
| Salud, agua potable y saneamiento en el desarrollo humano sostenible.....  | 35            |
| Desarrollo y fortalecimiento de la gestión de recursos humanos en<br>el sector de la salud .....   | 38            |
| Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)<br>en las Américas .....  | 42            |

**CONTENIDO** (cont.)

*Página*

|   |    |
|---|----|
| <b>Asuntos relativos a la política de los programas</b> (cont.)   |    |
| Prevención y control del dengue.....  | 46 |
| Salud mental .....  | 49 |
| Informe sobre la Tercera Cumbre de las Américas.....  | 52 |
| Plan estratégico de la Organización Panamericana<br>de la Salud para el período 2003-2007.....  | 55 |
| <b>Asuntos administrativos y financieros</b> .....  | 58 |
| Informe sobre la recaudación de las cuotas.....   | 58 |
| Informe financiero parcial del Director para 2000.....  | 59 |
| Edificios de la OPS y sus instalaciones .....   | 61 |
| <b>Asuntos relativos al personal</b> .....  | 62 |
| Modificaciones del Reglamento del Personal de la<br>Oficina Sanitaria Panamericana .....  | 62 |
| Intervención del representante de la Asociación<br>de Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana .....                               | 63 |
| <b>Asuntos de información general</b> .....   | 65 |
| Resoluciones y otras acciones de la 54. <sup>a</sup> Asamblea Mundial<br>de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS..... | 65 |
| <b>Clausura de la sesión</b> .....  | 67 |
| <b>Resoluciones y decisiones</b> .....  | 67 |
| <b>Resoluciones</b> .....   | 67 |
| CE128.R1: Reglamento Sanitario Internacional .....  | 67 |
| CE128.R2: XII Reunión Interamericana a Nivel<br>Ministerial en Salud y Agricultura .....  | 69 |
| CE128.R3: Desarrollo y fortalecimiento de la gestión<br>de recursos humanos en el sector de la salud .....                              | 70 |
| CE128.R4: Modificaciones del Reglamento del<br>Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana .....                                      | 72 |
| CE128.R5: Premio OPS en Administración, 2001 .....  | 73 |
| CE128.R6: Organizaciones no gubernamentales<br>que mantienen relaciones oficiales con la OPS.....                                       | 74 |

**CONTENIDO** (cont.)

*Página*

**Resoluciones** (cont.)

|   |    |
|---|----|
| CE128.R7: Orden del día provisional del 43.er Consejo Directivo de la OPS, 53a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas ..... | 75 |
| CE128.R8: Vacunas e inmunización.....   | 76 |
| CE128.R9: Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica.....   | 79 |
| CE128.R10: Salud, agua potable y saneamiento en el desarrollo humano sostenible .....   | 81 |
| CE128.R11: Promoción de la salud .....  | 83 |
| CE128.R12: Salud mental.....  | 86 |
| CE128.R13: Dengue y dengue hemorrágico .....  | 88 |
| CE128.R14: Recaudación de las cuotas.....   | 91 |
| CE128.R15: Asignaciones y cuotas de la Organización Panamericana de la Salud para 2002-2003.....  | 92 |
| CE128.R16: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas .....   | 93 |

**Decisiones** .....

|   |    |
|---|----|
| CE128(D1): Adopción del orden del día .....   | 95 |
| CE128(D2): Representación del Comité Ejecutivo en el 43.º Consejo Directivo de la OPS, 53.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas..... | 95 |
| CE128(D3): Informe del Subcomité de Planificación y Programación.....   | 95 |
| CE128(D4): Resoluciones y otras acciones de la 54.ª Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS .....                    | 95 |
| CE128(D5): Informe sobre la Tercera Cumbre de las Américas .....  | 96 |
| CE128(D6): Proceso para la elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana .....   | 96 |
| CE128(D7): Informe financiero parcial del Director para 2000 .....  | 96 |
| CE128(D8): Edificios de la OPS y sus instalaciones.....   | 96 |
| CE128(D9): Intervención del representante de la Asociación de Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana .....                                       | 97 |
| CE128(D10): Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud para el período 2003-2007.....   | 97 |

**CONTENIDO** *(cont.)*

CE128(D11): Informe del Subcomité sobre la Mujer,  
la Salud y el Desarrollo ..... 97

***Anexos***

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

## INFORME FINAL

### Apertura de la sesión

La 128.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo se celebró en la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) del 25 al 28 de junio de 2001. La sesión contó con la presencia de los delegados de los siguientes Miembros del Comité Ejecutivo: Bolivia, Canadá, Cuba, El Salvador, Estados Unidos de América, Guyana, Jamaica, Nicaragua y Uruguay. Estuvieron presentes en calidad de observadores los delegados de los siguientes Estados Miembros de la Organización: Antigua y Barbuda, Chile, Francia, México y República Dominicana. Además, estuvieron representadas cinco organizaciones intergubernamentales y seis organizaciones no gubernamentales.

El Dr. Carlos Dotres Martínez (Cuba, Presidente del Comité Ejecutivo) inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes. El Dr. George A. O. Alleyne (Director, Oficina Sanitaria Panamericana) pronunció también algunas palabras de bienvenida y recalcó el importante papel que los Cuerpos Directivos desempeñan en la orientación de la labor de la Oficina y de la Organización en su totalidad.

### Asuntos relativos al reglamento

#### *Mesa Directiva*

Los Miembros que habían sido elegidos para desempeñar un cargo en la 127.<sup>a</sup> sesión del Comité siguieron desempeñándolo en la 128.<sup>a</sup> sesión. En consecuencia, la Mesa Directiva quedó integrada de la siguiente forma:

*Presidencia:* Cuba (Dr. Carlos Dotres Martínez)

*Vicepresidencia:* Canadá (Sr. Edward Aiston)

*Relatoría:* Nicaragua (Lic. Mariángeles Argüello)

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

#### ***Adopción del orden del día y del programa de reuniones (documentos CE128/1, Rev. 3, y CE128/WP/1, Rev. 1)***

De conformidad con el artículo 9 del Reglamento Interno, el Comité adoptó el orden del día provisional preparado por la Oficina, al que se agregó un punto propuesto

por la Delegación de México: “Proceso para la elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana”. El Comité también adoptó el programa de reuniones (decisión CE128[D1]).

***Representación del Comité Ejecutivo en el 43.º Consejo Directivo, 53.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE128/3)***

De conformidad con el artículo 54 del Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo nombró a Cuba y Canadá, titulares de la Presidencia y la Vicepresidencia, respectivamente, para representar al Comité en el 43.º Consejo Directivo. Se designó a Jamaica y Uruguay como suplentes de Cuba y de Canadá, respectivamente (decisión CE128[D2]).

***Orden del día provisional del 43.º Consejo Directivo, 53.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE128/4)***

El Dr. Brandling-Bennett presentó el orden del día provisional preparado por el Director en conformidad con el artículo 12.C de la Constitución de la OPS y el artículo 7 del Reglamento Interno del Consejo Directivo. El orden del día provisional fue adoptado con el agregado de: “Preparativos para el Centenario de la Organización Panamericana de la Salud”, incluido a pedido de la Delegación de Cuba.

La Delegación de México solicitó la inclusión del punto “Proceso de elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana”. Se señaló que, como México no era Miembro del Comité Ejecutivo, no estaba facultado para solicitar la adición de un punto al orden del día del Consejo Directivo. Sin embargo, el Director señaló que, en conformidad con el artículo 8(c) del Reglamento Interno del Consejo Directivo, se veía obligado a incluir en el orden del día provisional cualquier punto propuesto por un Gobierno Miembro; en consecuencia, el Gobierno de México podía presentarle con posterioridad directamente su solicitud, y el punto se añadiría al orden del día.

El Comité aprobó la resolución CE128.R17, por la cual se aprueba el orden del día provisional, con las modificaciones propuestas.

**Asuntos relativos a la Constitución**

***Proceso de elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CE128/27)***

Este tema se trató a petición del Gobierno de México, que también preparó el documento de trabajo distribuido al Comité. El Lic. Eduardo Jaramillo Navarrete (México)

dijo que, de acuerdo con la Constitución de la OPS y los esfuerzos para fortalecer los procesos democráticos y promover mayor equidad en la Región, su Gobierno creía que la elección del Director debía guiarse por los siguientes principios: 1) los Estados Miembros debían encabezar el proceso electoral; 2) los candidatos debían competir en pie de igualdad; 3) los candidatos debían presentar una plataforma transparente para garantizar la responsabilización; y 4) el Director debía ser elegido por voto universal y secreto.

Para lograr la igualdad de condiciones para los candidatos, tanto externos como internos, su Gobierno proponía que los candidatos internos deberían dejar sus puestos temporalmente durante los seis meses previos a la elección, aunque seguirían recibiendo su sueldo y tendrían derecho a regresar a su puesto después de la elección. El Lic. Jaramillo señaló que el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA) había aplicado poco antes un procedimiento similar para evitar cualquier conflicto de intereses entre los candidatos. Para garantizar la responsabilización, México proponía que todos los candidatos presentasen su plataforma en sesiones abiertas para dar a los Estados Miembros la oportunidad de escuchar sus ideas, lo cual les permitiría emitir un voto fundamentado y les daría una base para la evaluación del desempeño de la persona que fuese elegida para el cargo de Director.

A petición de un delegado, la Dra. Heidi Jiménez (Jefa, Oficina de Asuntos Jurídicos, OPS) aclaró las disposiciones para la adición de puntos al orden del día del Comité y el procedimiento para la elección del Director. El artículo 10 del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo disponía que podían agregarse puntos al orden del día después de su adopción, si ello era aprobado por dos tercios de los Miembros del Comité. Dado que ningún Miembro había objetado cuando el Delegado de México propuso incluir el punto, la Oficina había dado por sentado que dos tercios del Comité habían aprobado tácitamente la propuesta y, por consiguiente, el punto se había añadido. En cuanto a la elección del Director, el artículo 21 de la Constitución de la OPS señalaba que el Director debía ser elegido en la Conferencia Sanitaria Panamericana por el voto de la mayoría de los Gobiernos de la Organización. El artículo 56 del Reglamento Interno de la Conferencia disponía que los Estados Miembros elegirían al Director mediante votación secreta en sesión plenaria. Los Estados Miembros y los Miembros Asociados tenían derecho a proponer la candidatura de cualquier persona que considerasen apta para el cargo, pero no se elaboraba una lista oficial de los candidatos, no se establecía ningún requisito para optar al cargo y podían emitirse votos en favor de cualquier persona, estuviese o no considerada formalmente como candidata.

El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito la oportunidad de abordar el proceso para elegir al Director —que consideraba una de las funciones más importantes de los Gobiernos Miembros dentro de la Organización— y agradeció a la Delegación de México que hubiese planteado el tema. Con respecto a las propuestas concretas de México, el

consenso del Comité fue que las disposiciones de la Constitución y del Reglamento Interno de la Conferencia reconocían claramente la soberanía de los Estados Miembros y les daban pleno control del proceso de elección. El Comité también opinó que el procedimiento existente era democrático y equitativo. Si bien el Comité le reconoció valor a la idea de reunir a los candidatos para que presentasen su plataforma en una sesión especial convocada para tal efecto, varios Miembros señalaron que los directores de las organizaciones intergubernamentales no fijaban sus propios programas, sino que más bien llevaban a cabo los programas aprobados por los Estados Miembros.

El Comité expresó su firme desacuerdo con la sugerencia de que los candidatos internos debían dejar sus puestos durante seis meses antes de la elección. Los Miembros opinaron que sería impráctico y demasiado costoso para la Organización conceder a los candidatos una licencia de seis meses con goce de sueldo, y que ello daría a los candidatos internos una ventaja injusta sobre los candidatos externos. Es más, si un director en ejercicio que aspirase a la reelección fuese a dejar su puesto antes de la elección, la Organización se quedaría sin su dirigente principal por un período de seis meses.

El Comité Ejecutivo, por consiguiente, no consideró necesario ni aconsejable recomendar ninguna modificación de las disposiciones asentadas en la Constitución de la OPS y en el Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana con respecto a la elección del Director (decisión CE128[D6]).

El Lic. Jaramillo dijo que a México le complacía que el Comité Ejecutivo hubiera accedido a tratar el asunto y agradecía las observaciones del Comité. Su Delegación creía que el debate, que había reflejado los valores de la democracia, la equidad y la transparencia, había sido sumamente constructivo. México consideraba que la elección del Director era de importancia crucial para el futuro de la Organización y que el proceso electoral también debía tratarse en el foro más amplio del Consejo Directivo. En consecuencia, su Gobierno solicitaba que el punto se agregase al orden del día del 43.<sup>er</sup> Consejo Directivo, previsto para septiembre de 2001.

#### **Asuntos relativos a los comités**

##### ***Informe del Subcomité de Planificación y Programación (documento CE128/5)***

El informe sobre la 35.<sup>a</sup> sesión del Subcomité de Planificación y Programación (SPP) fue presentado por el Sr. Nick Previsich (Canadá, Presidencia del Subcomité en la 35.<sup>a</sup> sesión). El Subcomité había tratado nueve puntos que figuraban también en el orden del día de la 128.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo: Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica; salud mental; proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio económico 2002-2003; gestión de recursos

humanos en el sector de la salud; salud, agua potable y saneamiento en el desarrollo humano sostenible; prevención y control del dengue; promoción de la salud; Reglamento Sanitario Internacional; y Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud para el período 2003-2007. El Subcomité también había recibido informes breves sobre los siguientes temas, que no se habían remitido al Comité Ejecutivo: brote de poliomielitis en La Española; fiebre aftosa; encefalopatía espongiforme bovina (EEB); y reparación y reconstrucción del sistema de salud en El Salvador.

Las observaciones y recomendaciones del Subcomité sobre los nueve primeros puntos se tuvieron en cuenta al revisar los documentos para el Comité Ejecutivo; además, se reflejan en las ponencias y el debate de los puntos del orden del día respectivos en el presente informe. Un resumen de las ponencias y los debates sobre todos los temas antedichos puede consultarse en el informe final de la 35.<sup>a</sup> sesión del Subcomité (documento SPP35/FR).

El Comité agradeció al Sr. Previsich su informe y tomó nota de las observaciones del Subcomité sobre los diversos puntos (decisión CE128[D3]). El Director expresó su gratitud a la Presidencia y los Miembros del Subcomité por su examen minucioso de los documentos de trabajo y sus sugerencias para mejorarlos, cosa que había redundado en un gran beneficio al preparar la documentación para el Comité Ejecutivo.

### ***Informe del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo (documento CE128/6)***

La Lic. Mariángeles Argüello (Nicaragua, Presidencia del Subcomité en la 19.<sup>a</sup> sesión) informó sobre la 19.<sup>a</sup> sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, que se había celebrado en la sede de la OPS del 12 al 14 de marzo de 2001. Habían asistido los delegados de los siguientes seis Miembros del Subcomité: Belice, Canadá, Chile, Cuba, Estados Unidos de América y Nicaragua. El séptimo Miembro, Venezuela, no había podido asistir. También habían estado presentes observadores por Brasil, Francia, México, Perú y el Reino Unido, así como representantes de la OMS y otras organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales. El tema de la 19.<sup>a</sup> sesión había sido la incorporación de la perspectiva de género en el análisis de la situación sanitaria para promover la equidad entre los sexos en la Región.

El Subcomité había recibido un informe sobre las actividades del Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo de la OPS y luego había tratado varios temas en relación con la violencia por razón de género y el monitoreo y análisis de la equidad entre los sexos. Se habían presentado dos ponencias acerca de la experiencia de la OPS con la inclusión de indicadores de violencia por razón de género en los sistemas de información sanitaria y vigilancia en Centroamérica y en Bolivia, Ecuador y Perú. El Programa había presentado una propuesta para crear un sistema para producir información y vigilar la

equidad entre los sexos en materia de salud, y las experiencias en cuanto a análisis y vigilancia de la equidad entre los sexos habían sido descritas por los representantes de Ecuador, México, la División de Estadística de las Naciones Unidas, el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas (CEPAL ) y la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.

El Subcomité había adoptado un conjunto de recomendaciones para los Estados Miembros y el Director con la finalidad de velar por la producción, el análisis y la difusión de estadísticas de género y salud con miras a reducir las inequidades por razón de sexo en la situación sanitaria. A sugerencia del Director, el Subcomité también tenía recomendado que el tema de “género, mujer, salud y desarrollo” se incluyera como un punto del orden del día de las reuniones de los Cuerpos Directivos durante 2002.

Las recomendaciones del Subcomité, junto con un resumen de sus observaciones sobre los temas antedichos, aparecen en el informe final de la 19.<sup>a</sup> sesión (documento MSD19/FR).

El Comité Ejecutivo encomió a la OPS por su compromiso con el mejoramiento de la salud y por hacer resaltar las cuestiones de equidad entre los sexos que afectaban a la salud de la mujer. El Comité expresó asimismo el apoyo decidido al sistema propuesto para la producción de estadísticas de género y la vigilancia de la equidad entre los sexos. El Comité también recibió con beneplácito el modelo para abordar la violencia intrafamiliar descrito en el informe, y alentó a la Oficina a difundirlo ampliamente. Se señaló que el mejoramiento de la situación de las mujeres en cuanto a la salud, la educación y la capacidad de generar ingresos produciría varios beneficios para las familias y la sociedad en su totalidad, entre ellos la reducción de la pobreza, aumento de la productividad y los ingresos familiares, mejor salud y nutrición de la familia, un mayor nivel de instrucción para los niños y mayor participación en la sociedad civil. También se destacó la importancia de la función de los hombres en el desarrollo y mantenimiento de la salud de las mujeres. Se sugirió que el Programa debía prestar mayor atención a evaluar la manera como el comportamiento de los hombres repercutía en la salud y el bienestar de las mujeres.

La Dra. Marijke Velzeboer-Salcedo (Coordinadora, Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo, OPS) informó que el Programa había iniciado recientemente un estudio en Centroamérica acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas de los hombres con respecto a la salud reproductiva. La información derivada de esa experiencia se usaría para elaborar modelos que podrían repetirse en otros sitios. El Programa reconocía la importancia del comportamiento del hombre como un factor determinante de la salud de la mujer y esperaba trabajar con países en otras subregiones para desarrollar esa área de estudio.

El Comité Ejecutivo apoyó las recomendaciones del Subcomité y solicitó que el tema “género, mujer, salud y desarrollo” se incorporase al orden del día de las reuniones de los Cuerpos Directivos en 2002 (decisión CE128[D11]).

***Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2001, (documentos CE128/7 y CE128/7, Add. I)***

La Sra. Mary Lou Valdez (Estados Unidos de América) informó que los representantes de los Miembros del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2001 —a saber, Bolivia, Estados Unidos de América y Nicaragua— se habían reunido el miércoles 27 de junio de 2001. Después de examinar la documentación acerca de los candidatos presentados por los Estados Miembros, el Comité había decidido otorgar el premio al Dr. Carlos Gehlert Mata, de Guatemala, por su contribución pionera a la extensión de la atención primaria de salud en las zonas rurales de ese país.

El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE128.R5, por la cual toma nota de la decisión del Jurado y transmite el informe de este al 43.<sup>er</sup> Consejo Directivo.

***Informe del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales (documentos CE128/8 y CE128/8, Add. I)***

El Lic. Gualberto Rodríguez San Martín (Bolivia) presentó el informe del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales, que se había reunido el 26 de junio de 2001 para considerar las solicitudes de tres organizaciones: la Sociedad Estadounidense de Microbiología, la March of Dimes y la Asociación Mundial de Sexología. Después de considerar cuidadosamente la documentación de antecedentes de cada una, el Comité Permanente había decidido recomendar que las tres fuesen admitidas en relaciones oficiales con la OPS.

De acuerdo con el documento *Principios que rigen las relaciones entre la Organización Panamericana de la Salud y las organizaciones no gubernamentales*, el Comité Permanente también había examinado la colaboración de la OPS con siete ONG con las cuales se habían establecido anteriormente relaciones de trabajo oficiales, a objeto de formular sus recomendaciones al Comité Ejecutivo acerca de la conveniencia de mantener esas relaciones. Después de examinar la documentación presentada por el Director y por las ONG mismas, el Comité Permanente recomendó que el Comité Ejecutivo autorizara la continuación de las relaciones oficiales con la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS), la Federación Internacional de la Diabetes (IDF), la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESPP), la Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica (FIFARMA) y la U.S. Pharmacopoeia (USP) durante un período de cuatro años.

En el caso de la Organización Internacional de Asociaciones de Consumidores (CI-ROLAC) y la Alianza Nacional para la Salud de los Hispanos, el Comité Permanente recomendó que el estado de sus relaciones oficiales con la OPS se analizara nuevamente en junio de 2002, a objeto de darles a esas organizaciones la oportunidad de presentar información completa y satisfactoria sobre sus actividades.

La representante de la Unión Latinoamericana contra las Enfermedades de Transmisión Sexual (ULACETS) puso al tanto al Comité sobre las medidas que su organización había adoptado para fortalecer su colaboración con la Organización desde que su condición de ONG que mantiene relaciones oficiales con la OPS se había examinado el año anterior. Entre otras cosas, ULACETS había venido trabajando con la OPS y la OMS en un proyecto conjunto para la eliminación de la sífilis congénita. También había participado en el trabajo conjunto encaminado a mejorar el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual en el nivel de atención primaria de salud.

El Comité Ejecutivo agradeció al Comité Permanente su informe y aprobó sus recomendaciones (resolución CE128.R6). Recalcando la importancia del trabajo llevado a cabo por las organizaciones no gubernamentales en la prestación de servicios de salud, el Delegado de Canadá dijo que su gobierno tenía previsto incluir a un representante de las ONG en la delegación que concurriría al 43.<sup>er</sup> Consejo Directivo, como una indicio de la importancia atribuida a su participación. Canadá alentaba a otros países a que consideraran la posibilidad de hacer lo propio.

### **Asuntos relativos a la política de los programas**

#### ***Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio económico 2002-2003 (Documento Oficial 296 y documento CE128/26)***

El Director presentó el proyecto de presupuesto por programas, que se había formulado en conformidad con las orientaciones estratégicas y programáticas (OEP) para el cuatrienio 1999-2002, aprobadas por los Estados Miembros en la 25.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana. Los principales retos que afrontaba el sector de la salud en la Región eran en gran parte los mismos que en el bienio anterior, y por consiguiente las OEP seguían siendo una guía válida para la labor de la Oficina. El programa propuesto se estructuraba según las cinco áreas prioritarias de trabajo determinadas por los Estados Miembros en las OEP: la salud en el desarrollo humano; desarrollo de los sistemas y servicios de salud; promoción y protección de la salud; protección y desarrollo ambiental, y prevención y control de enfermedades. Enmarcados por estas áreas prioritarias se encontraban los proyectos “bandera” de la Organización: reducción de la mortalidad infantil y materna; mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis; eliminación del sarampión; reducción del consumo de tabaco; garantía de un suministro de sangre segura;

mejoramiento de los servicios de salud mental; y control y prevención de la infección por el VIH/SIDA. El programa general también reflejaba las prioridades y los objetivos mundiales establecidos por la OMS.

El documento del presupuesto constaba de ocho secciones de asignación, en lugar de siete, como antes. Además de las cinco áreas prioritarias mencionadas anteriormente, esas secciones incluían: Cuerpos Directivos y coordinación, servicios administrativos, y dirección general. La última sección —que destacaba las actividades de la Oficina del Director y las oficinas de asesoramiento críticas que apoyaban al Director, así como las llevadas a cabo en conformidad con el Programa del Director Regional para Actividades de Desarrollo— se había agregado con la finalidad de ser más transparente en lo relativo a la estructura orgánica y el trabajo de la Oficina. Cada sección planteaba los resultados esperados, lo cual reflejaba los esfuerzos de la Organización para aplicar la presupuestación basada en resultados. Esos resultados esperados podrían perfeccionarse para incorporar las observaciones del Comité, igual que se habían modificado con posterioridad al examen del programa por el Subcomité de Planificación y Programación.

Se presentaron ponencias sobre distintas partes del programa del presupuesto por el Dr. Carlos Castillo-Salgado (Jefe, Programa Especial de Análisis de Salud), el Dr. Juan Antonio Casas (Director, División de Salud y Desarrollo Humano), el Dr. Daniel López Acuña (Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud), la Dra. María Teresa Cerqueira (Directora, División de Promoción y Protección de la Salud), el Dr. Mauricio Pardón (Director, División de Salud y Ambiente), el Dr. Stephen Corber (Director, División de Prevención y Control de Enfermedades) y el Dr. Ciro de Quadros (Director, División de Vacunas e Inmunización). Cada director examinó los logros del bienio en curso y resumió el programa propuesto para su división o programa respectivo en el período 2002-2003, incluidos los objetivos que guiarían su trabajo y los resultados esperados de los diversos proyectos y programas a cargo de sus divisiones. Una información más detallada sobre el programa propuesto puede encontrarse en el *Documento Oficial 296*.

El Sr. Román Sotela (Jefe, Sección de Presupuesto, OPS) describió los aspectos financieros del proyecto de presupuesto por programas. Empezó por presentar un desglose del presupuesto ordinario combinado de la OPS y la OMS por área programática, que mostraba la proporción que cada una de las ocho secciones de asignación recibiría del monto total propuesto de \$261.482.000.<sup>1</sup> Esa cantidad se había obtenido basándose en los siguientes factores determinantes: el presupuesto de la OPS/OMS aprobado para 2000-2001 (\$256.245.000), la reducción de la parte aportada por la OMS (\$4.427.000 menos que en 2000-2001) y los aumentos de costos obligatorios relacionados con los puestos

---

<sup>1</sup> A menos que se indique lo contrario, todas las cifras referentes a monedas que aparecen en este informe se expresan en dólares de los Estados Unidos.

(\$9.664.000 más que en 2000-2001). La porción del proyecto de presupuesto financiada por la OMS, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2001, ascendía a \$74.682.000, con lo cual la parte correspondiente a la OPS era de \$186.800.000. Esta última sería financiada con \$170.300.000 provenientes de las cuotas más \$16.500.000 de los ingresos varios previstos, que sumaban \$2,4 millones más que en 2000-2001. El aumento neto de las cuotas sería de 4,5% para el bienio.

No se estaban solicitando aumentos del programa. El aumento de 2,0% del presupuesto combinado de la OPS y la OMS representaba el aumento neto resultante del aumento obligatorio de 6,5% en la parte del presupuesto correspondiente a los puestos y una reducción de 4,1% de la parte no asignada a puestos. El proyecto de presupuesto no incluía ninguna proyección de los aumentos de costos inflacionarios en la parte que no correspondía a los puestos. De la cantidad propuesta total, 85% (\$221,6 millones) se destinaría al apoyo directo a los países, mientras que 15% (\$39,9 millones) sería asignado a la Oficina.

Para concluir la presentación del presupuesto, el Director instó a los Estados Miembros a que aprobaran el proyecto de presupuesto por programas por tres razones principales: 1) la OPS había demostrado una buena gestión de los fondos de los países en el pasado y, por consiguiente, los Miembros podían tener la seguridad de que los recursos que aprobaran se usarían bien; 2) la Organización había demostrado a lo largo del tiempo que podía ayudar a resolver los problemas de salud de la Región; y 3) los Estados Miembros habían pedido a la OPS que hiciera cada vez más con cada vez menos recursos. A solicitud de los países, la Organización había adoptado un número cada vez mayor de mandatos, y si bien esta se hallaba indudablemente dispuesta a cumplir esos compromisos, había un límite a cuánto podía “exprimirse” por causa de las limitaciones presupuestarias y aún seguir funcionando eficazmente.

El Director dijo que era muy consciente de las dificultades económicas que los países afrontaban, y no estaba pidiendo volver a la situación anterior a 1996, cuando el presupuesto a veces había aumentado más de 20%. Sólo pedía que el presupuesto de la Organización fuese acorde con los retos y los mandatos que los Estados Miembros le habían encomendado a esta.

El Comité Ejecutivo afirmó que el documento y la presentación le habían parecido claros y directos, y aplaudió los esfuerzos de la Oficina para presentar un presupuesto transparente y orientado a conseguir resultados. Varios delegados que habían participado en la 35.<sup>a</sup> sesión del Subcomité de Planificación y Programación expresaron su satisfacción de que los resultados esperados se habían perfeccionado teniendo en cuenta las observaciones del Subcomité. El Comité encomió a la OPS por la calidad de su cooperación técnica y elogió al Director por su liderazgo y su administración sensata de los recursos de la Organización. También reconoció que la Organización había adoptado varios nuevos mandatos por orden de los Estados Miembros —en particular, con respecto

a las Cumbres de las Américas— y que requería recursos suficientes para permitirle llevarlos a cabo y, también, seguir atendiendo las necesidades sanitarias críticas en la Región, muchas de las cuales habían sido examinadas por el Comité en su 128.<sup>a</sup> sesión. Al mismo tiempo, se recalcó la necesidad de priorizar rigurosamente, procurar obtener ahorros mediante una mayor eficiencia, e identificar y eliminar las actividades obsoletas.

La mayoría de las delegaciones presentes expresaron su apoyo irrestricto al programa y el presupuesto propuestos. El Delegado de Cuba dijo que, si bien su Gobierno apoyaba el proyecto de presupuesto, deseaba dejar constancia de su inquietud por el aumento de las cuotas, especialmente porque su país, a pesar de su situación económica difícil, ocupaba el octavo lugar en cuanto a la cuantía de su cuota, pero le correspondía el decimotercero en cuanto a la cooperación técnica recibida. Tal y como la delegación cubana había puesto de manifiesto en la reciente Asamblea Mundial de la Salud, Cuba se oponía firmemente a cualquier reducción de las contribuciones de los países desarrollados si estas se producían a expensas de un aumento de las cuotas de los países en desarrollo.

El Delegado de Canadá también expresó inquietud por el aumento propuesto de las cuotas, observando que los países que ya tenían dificultades para pagar sus cuotas vigentes tendrían aun mayor dificultad para cumplir compromisos más grandes. Canadá seguía desde hacía mucho tiempo la política del crecimiento nominal cero con respecto a los presupuestos de la Organización de los Estados Americanos y de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, incluida la OPS. No obstante, señaló que su gobierno seguiría apoyando a la OPS mediante la participación activa en el trabajo de esta y mediante el financiamiento extrapresupuestario. La Delegada de los Estados Unidos dijo que su país también preconizaba el crecimiento nominal cero en el presupuesto ordinario de la OPS y, por consiguiente, no podía apoyar los aumentos propuestos. Su Gobierno creía que, mediante la fijación de prioridades y el mejoramiento de la eficiencia, la Organización podría seguir funcionando con el mismo nivel de financiamiento del presupuesto ordinario de 2000-2001. La oradora sugirió que la OPS podría tratar de economizar en las áreas de dirección general, Cuerpos Directivos y servicios administrativos, todas las cuales mostraban mayores asignaciones para 2002-2003. Tanto ella como el Delegado de Canadá expresaron la esperanza de que sería posible llegar a algún consenso en lo referente al proyecto de presupuesto antes del Consejo Directivo.

Se hicieron varias preguntas en cuanto a las previsiones de los ingresos varios y los fondos extrapresupuestarios. En cuanto a estos últimos, se señaló que la cantidad prevista era sustancialmente menor que en 2000-2001, y se recalcó la importancia del financiamiento extrapresupuestario, especialmente a la luz de las limitaciones de recursos en el presupuesto ordinario.

En lo que se refiere a los ingresos varios, el Director recalcó que la Oficina tenía cuidado de no prever más ingresos por concepto de inversiones de los que creía que podrían obtenerse. La cifra dada en el documento era un cálculo moderado basado en el rendimiento anterior. De igual manera, la Oficina era muy cautelosa al programar los fondos extrapresupuestarios y había incluido en el proyecto de presupuesto sólo los fondos que iba a recibir con certeza. La Oficina seguiría trabajando con todo el vigor posible durante el bienio para convencer a otros asociados de que apoyaran la labor de la OPS y mantendría al tanto a los Estados Miembros acerca de las cantidades suplementarias en concepto de financiamiento extrapresupuestario que recibiese durante el bienio. No obstante, el funcionario recalcó que, como había dicho en muchas ocasiones, la OPS nunca aceptaría ofertas de dinero para realizar actividades que no encajaran en la esfera de los programas aprobados por los Estados Miembros. Aún más, la Organización no aceptaría ninguna condición restrictiva sobre cómo o dónde podrían usarse los fondos extrapresupuestarios.

El Dr. Alleyne agradeció al Comité sus manifestaciones de confianza en la capacidad de la Oficina de administrar los recursos de la Organización con sensatez y por su apoyo del programa propuesto. Estaba agradecido con los Estados Miembros que habían estado de acuerdo tanto con el programa como con el presupuesto para llevarlo a cabo. Al mismo tiempo, reconocía la posición de los Miembros que preconizaban el crecimiento nominal cero del presupuesto ordinario. Aunque comprendía la dificultad de hacer una excepción con la OPS, también opinaba que tal excepción se justificaba en algunas situaciones. Sugirió respetuosamente que la presente quizá fuese una de esas situaciones. En los próximos meses, la Oficina trataría de encontrar algún mecanismo para lograr consenso en cuanto a lo que el programa y el presupuesto de la OPS debían ser para el próximo bienio.

El Comité aprobó la resolución CE128.R15.

### ***Vacunas e inmunización (documento CE128/10)***

El Dr. Ciro de Quadros (Director, División de Vacunas e Inmunización, OPS) analizó el estado de las enfermedades prevenibles por vacunación en la Región de las Américas. Informó que la transmisión endémica del sarampión se había limitado a Haití y la República Dominicana durante el año precedente, aunque en varios países de la Región se habían confirmado casos importados de sarampión. Gracias a las actividades intensivas de vacunación y vigilancia, se esperaba interrumpir la transmisión en La Española para fines del año. El tétanos neonatal también había seguido su tendencia descendente en 2000 y ya estaba confinado a menos de 1% de los distritos en las Américas. En octubre de 2000, se había producido un brote de poliomielitis relacionada con la vacuna en la República Dominicana; el brote se había detenido gracias a las campañas de vacunación masiva

llevadas a cabo tanto en dicho país como en Haití. Era perturbador, sin embargo, que en muchos países los indicadores de vigilancia de la parálisis flácida aguda estuvieran por debajo de los niveles necesarios para lograr que se certificase la erradicación de la poliomielitis; por consiguiente, además de mantener niveles elevados de cobertura de vacunación antipoliomielítica, los países necesitaban que los indicadores de vigilancia epidemiológica alcanzaran las normas internacionales.

El espectro de la reurbanización de la fiebre amarilla había surgido por la aparición de numerosos brotes epidémicos en 1999-2000, algunos muy cerca de zonas urbanas, lo cual señalaba la necesidad de aumentar la vacunación en las zonas de riesgo, así como de controlar el vector *Aedes aegypti*. Siguiendo la pauta de Cuba y el Caribe de habla inglesa, los países de América Latina habían redoblado sus esfuerzos para controlar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. La OPS estaba colaborando en proyectos para mejorar la vigilancia de la rubéola y el síndrome a fin de determinar mejor sus repercusiones, con lo cual podrían formularse políticas apropiadas de vacunación.

En la Región de las Américas, casi había desaparecido la diferencia entre los países en desarrollo y los industrializados por lo que hace al número de vacunas infantiles aplicadas, gracias a la gran voluntad política de respaldar su uso. La Organización estaba trabajando para fortalecer las redes nacionales de organismos de reglamentación y laboratorios de control de calidad, con el fin de conseguir que las vacunas tanto importadas como de producción local fueran inocuas y de alta calidad. La Organización también participaba en los esfuerzos para garantizar que las vacunas se aplicasen en forma segura. Para contrarrestar los temores de los incidentes adversos relacionados con la vacunación, se estaba colaborando con los medios de información y funcionarios de salud pública a objeto de proporcionar información fidedigna. La escasez de vacuna registrada en los dos años precedentes probablemente seguiría por otro año o más. La OPS estaba colaborando muy estrechamente con productores de vacunas y con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) para evitar que los niños fuesen a quedarse sin vacunar por falta de productos biológicos, y estaba alentando a los Estados Miembros a planificar sus necesidades de vacunas y a hacer sus pedidos con mucha antelación.

El Comité Ejecutivo encomió a la Organización por la prioridad constante que había concedido al tema de vacunas e inmunización y expresó su apoyo a los planes presentados en el documento. El Comité reconoció que era importante no caer en el exceso de confianza con respecto a los éxitos que se habían logrado en la Región y recalcó la necesidad de aplicar estrategias para promover la participación social continua a fin de mantener la cobertura vacunal a niveles elevados. También señaló la necesidad de implantar mejores prácticas de mercadeo social, unidas al suministro de información fidedigna sobre los beneficios de las vacunas, para refutar a los medios de información que estaban poniendo en tela de juicio a la inmunización.

La escasez de vacunas que estaba ocurriendo, y la posibilidad de que continuase, eran motivo de preocupación. Se pidió al Dr. de Quadros que comentara acerca de las actividades de la OPS para garantizar la seguridad del abastecimiento de vacunas. Se señaló que hacer los pedidos con gran antelación no resolvería el problema si la cantidad total de vacunas disponibles era insuficiente. Un enfoque estratégico, a largo plazo, se consideraba esencial para aumentar y mantener el suministro de vacunas en la Región. También se sugirió recabar financiamiento para desarrollar una mayor capacidad de producción de vacunas, garantizar su calidad y facilitar la introducción de vacunas nuevas.

Varios Estados Miembros expresaron su consternación por que, como en muchas otras regiones no se había asignado a la interrupción de la transmisión del sarampión la misma prioridad que tenía en las Américas, los países americanos tendrían que seguir sobrellevando la carga económica de la vacunación antisarampionosa y el mantenimiento de la infraestructura necesaria para apoyarla hasta que el resto del mundo estuviese a la par de esta región. También expresaron inquietud por el riesgo de los casos importados de sarampión y pidieron orientación para disminuirlo.

Se formularon preguntas en cuanto a las recomendaciones de la OPS sobre la vacunación contra la fiebre amarilla, las barreras que impiden lograr la cobertura de vacunación en las zonas con problemas, el funcionamiento del Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización para la Compra de Vacunas y la introducción de vacunas nuevas, incluida una posible vacuna contra el SIDA. Se señaló que el éxito logrado por un mecanismo como el Fondo Rotatorio quizá constituyera un modelo para el control y la prevención del SIDA. Un delegado señaló que el documento no presentaba datos del Caribe de habla inglesa sobre algunos aspectos.

Al responder, el Dr. de Quadros recalcó que era imperativo que los países mantuviesen niveles altos de cobertura de la vacunación antisarampionosa para eliminar la amenaza de epidemias en la Región. El mantenimiento de tasas elevadas de vacunación era también la mejor manera de evitar casos importados. Las Américas debían alentar al resto del mundo a esforzarse por lograr la erradicación del sarampión. Había varios foros en los cuales los Estados Miembros podían instar a otros países a poner en práctica el plan de erradicación del sarampión de la OMS, que las Américas habían ayudado a elaborar, entre ellos las reuniones de la propia OMS y la Junta de la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI). Los países debían seguir esforzándose por identificar los focos de cobertura baja de vacunación antisarampionosa y de otras vacunas para encauzar recursos hacia ellas. Podían obtenerse resultados rápidos si los esfuerzos y el dinero se concentraban en las zonas de cobertura baja comprobada.

En lo referente a la vacunación contra la fiebre amarilla, el Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la OPS había recomendado claramente que la vacuna antiamarílica debía incluirse entre las vacunas ordinarias de la niñez en los países donde había esa enfermedad. Al haberse ampliado el hábitat del vector y con ello el riesgo de reurbanización del virus, era importante vacunar a toda la población, y no sólo a los grupos de riesgo clásicos. En cuanto a la introducción de vacunas nuevas, antes de tomar decisiones sobre el uso generalizado de vacunas nuevas y costosas contra el neumococo y el meningococo, los gobiernos necesitaban mejores datos sobre la carga que representaban las infecciones causadas por esos agentes. La OPS estaba ayudando a organizar una red de diagnóstico que podría proporcionar los datos en el plazo de dos o tres años. En lo que se refiere a una posible vacuna contra el VIH, cualquier decisión sobre su introducción dependería de las pruebas de eficacia, ya que no sería aconsejable desestimular el uso de otras medidas preventivas facilitando una vacuna que no fuese casi 100% eficaz. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) formularía las recomendaciones sobre los requisitos de eficacia.

Teniendo en cuenta que Brasil, Cuba y México habían logrado una gran capacidad de producción de vacunas, el Dr. de Quadros recalcó la necesidad de forjar alianzas entre los productores de la Región para lograr la autosuficiencia regional y asegurar el abastecimiento de vacunas. El funcionario informó que estaba organizándose una reunión de los productores de vacunas en las Américas. Era de capital importancia lograr la certificación de los procesos de producción de vacunas, cosa que estaba por finalizarse en Cuba para la vacuna contra la hepatitis B, y en el Brasil para la vacuna antiamarílica. La OPS estaba en conversaciones con México para certificar la producción de vacuna antipoliomielítica por este país. En lo referente al Fondo Rotatorio, explicó que el monto de las vacunas que se compraban por este medio durante el año excedía enormemente el nivel de capitalización en un momento dado. Por consiguiente, se pedía a los países que efectuaran los depósitos con antelación cuando hicieran pedidos grandes, especialmente de las vacunas más nuevas y costosas.

El Director explicó que la OPS no podía en esos momentos asignar más capital al Fondo Rotatorio; por lo tanto, los pagos por adelantado eran una necesidad. El tema de las vacunas y la inmunización debía ser una fuente de orgullo legítimo para los países. Su decisión de mantener una cobertura elevada de vacunación la ejemplificaba El Salvador, que había llevado a cabo las campañas de vacunación programadas aun después de producirse un terremoto grave. La Organización se había comprometido a ayudar a las autoridades sanitarias a responder a los críticos de la vacunación, cuyos argumentos podrían hacer extraordinario daño a la infraestructura de vacunación cuando se exageraban fuera de toda proporción. Se necesitaban estrategias eficaces de mercadeo social para evitar el exceso de confianza por parte de la población. También se necesitaba un mejor mercadeo social para convencer al resto del mundo de aplicar la vacunación

antisarampionosa, una tecnología de bajo costo, para salvar vidas. Independientemente de lo que hiciera el resto del mundo, en las Américas se seguiría vacunando.

El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE128.R8.

***Informe sobre la XII Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (documento CE128/11)***

El Dr. Stephen Corber (Director, División de Prevención y Control de Enfermedades, OPS) informó sobre la XII Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA XII), que se había celebrado en São Paulo del 2 al 4 de mayo de 2001. La RIMSA XII había marcado la primera vez que tanto los ministros de salud como los de agricultura y ganadería se habían reunido a tratar temas de interés común, ya que los delegados participantes en la RIMSA XI habían decidido cambiar el nombre anterior (“Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial”) para destacar mejor los estrechos vínculos existentes entre el sector sanitario y el agropecuario. A la reunión habían asistido delegaciones de 35 Estados Miembros, la mayoría encabezadas por ministros, viceministros o embajadores. También habían estado representados el sector privado y otros organismos de cooperación. El Presidente del Brasil, Dr. Fernando Henrique Cardoso, se había dirigido a los participantes en la sesión de clausura.

Los participantes habían examinado el informe sobre las actividades del Programa de Salud Pública Veterinaria de la OPS y aprobado los planes de acción propuestos para el período 2002–2003 de los dos centros panamericanos a su cargo: el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) y el Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ). Se habían presentado informes a la Octava Reunión de Directores de Programas Nacionales de Control de la Rabia en América Latina y a la Octava Reunión del Comité Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (COHEFA), que se habían celebrado un día antes de la inauguración de la RIMSA XII. Los delegados habían aprobado una resolución por la cual apoyaban la recomendación del COHEFA en el sentido de que PANAFTOSA asumiera la responsabilidad de la auditoría y evaluación de los programas nacionales de control de la fiebre aftosa. Se habían efectuado dos debates según el formato de panel, uno acerca de la participación comunitaria en la protección de alimentos y otro sobre las zoonosis de importancia para la economía y la salud pública. El último había incluido la presentación del informe de una reunión de expertos de la OPS/OMS sobre la encefalitis espongiforme bovina (EEB), celebrada en Uruguay en abril de 2001. Otras ponencias se habían centrado en la situación de la fiebre aftosa en el Uruguay y el movimiento de municipios productivos en Cuba.

Uno de los resultados fundamentales de la RIMSA XII había sido la creación de la Comisión Panamericana de Inocuidad de los Alimentos (COPAIA), que serviría de punto

focal regional para el examen de asuntos de inocuidad de los alimentos y elaboración de políticas en esa esfera. La RIMSA XII había aprobado 10 resoluciones, que aparecían, junto con una reseña de las deliberaciones, en el informe final de la reunión (documento RIMSA12/FR).

El Comité Ejecutivo opinó que la reunión de São Paulo había sido sumamente productiva y reiteró su apoyo a RIMSA como un mecanismo para promover la coordinación y cooperación entre el sector de salud y el agropecuario en asuntos de interés mutuo. La creación de la COPAIA y el establecimiento de un marco más sólido para el control de la fiebre aftosa, en el que cabía una función más previsor a PANAFTOSA, se consideraron logros especialmente importantes. El Comité expresó un firme apoyo a la COPAIA, aunque también se recalcó que esta debía complementar, no duplicar, el trabajo de otros organismos internacionales que trabajaban en la esfera de la inocuidad de los alimentos.

El Delegado de Canadá observó una discrepancia entre el informe final de la RIMSA XII y la resolución RIMSA12.R3, por la cual se aprobaba la creación de la COPAIA; como resultado, solicitó al Director que convocara un grupo pequeño de trabajo para que reuniera los comentarios acerca del alcance, el marco de referencia y las atribuciones de la COPAIA mencionados durante los debates de la RIMSA XII y que se los presentara a la Comisión. A su vez, esta evaluaría los comentarios del grupo de trabajo y redactaría sus propias atribuciones. En la RIMSA XII, la Delegación del Canadá había propuesto que las atribuciones fuesen elaboradas por los miembros de la COPAIA en la primera reunión formal de esta, lo que permitiría recibir las aportaciones de los representantes de los productores, elaboradores y consumidores, así como de los ministros de salud, de agricultura y de ganadería. El borrador de las atribuciones se distribuiría luego a todos los Miembros de la OPS para obtener su conformidad. Esa propuesta había formado la base de la resolución RIMSA12.R3, y Canadá solicitaba que se siguiera el proceso descrito en esta.

Se hicieron varias preguntas acerca de los vínculos entre la COPAIA y la Red Interamericana de Laboratorios de Análisis de Alimentos (RILAA) y acerca de los presupuestos de INPPAZ y PANAFTOSA, que no se habían incluido en los planes de acción aprobados en la RIMSA XII. Se señaló que, en el pasado, el INPPAZ había sufrido retrasos considerables en la recaudación de las cuotas, lo cual podría afectar a la capacidad del Instituto de cumplir su función clave como secretaría técnica de la COPAIA. Considerando los comentarios en relación con la necesidad de coordinación entre los sectores sanitario y agropecuario al aplicar el Reglamento Sanitario Internacional (el debate sobre este punto aparece más adelante), se sugirió la conveniencia de incluir este tema en el orden del día de la RIMSA en 2003.

Contestando a las observaciones en cuanto al grupo de trabajo pequeño que estudiaría las atribuciones de la COPAIA, el Dr. Corber dijo que la reunión del grupo se había programado tentativamente para el 25 y 26 de julio en la sede de INPPAZ en Argentina. Después que ese grupo hubiese examinado las atribuciones, estas se presentarían a los miembros de la COPAIA en una reunión de esta que se convocaría poco tiempo después de haberse reunido el grupo de trabajo. Luego se presentarían a los Estados Miembros de la OPS en el Consejo Directivo, en septiembre de 2001. Era importante señalar que la COPAIA incluiría representantes de las asociaciones de consumidores y productores de las diversas subregiones, además de representantes de los ministerios de salud, agricultura y ganadería. Miembros de todas esas esferas examinarían las atribuciones y también participarían en la reunión de la COPAIA que las consideraría posteriormente.

La OPS concordaba plenamente con el criterio de que la Comisión no debía duplicar sino complementar el trabajo de otros organismos internacionales relacionados con la inocuidad de los alimentos. Por ejemplo, a la Comisión Mixta FAO/OMS del Codex Alimentarius le competía fijar las normas; la función de COPAIA, en cambio, sería la de ayudar a los países a elaborar políticas y planes para cumplir con esas normas. Representantes de la FAO y de la Comisión Mixta FAO/OMS del Codex Alimentarius habían estado presentes en la sesión inaugural de la COPAIA y habían apoyado su creación, precisamente porque les parecía que la Comisión reforzaría los esfuerzos de ambas entidades y ayudaría a promover una mayor inocuidad de los alimentos en la Región.

Con respecto a la vinculación con la Red Interamericana de Laboratorios de Análisis de Alimentos, el Dr. Corber explicó que esta se proponía mejorar la calidad del análisis de laboratorio de posibles fuentes de contaminación de los alimentos, promover el desarrollo de una red internacional de laboratorios y crear la capacidad en materia de laboratorios de análisis alimentario en los países. Si bien las actividades de la RILAA estaban sin duda relacionadas con las de COPAIA, esta última se había concebido principalmente como un cuerpo normativo, mientras que la RILAA se involucraba más directamente en los aspectos técnicos de asegurar la inocuidad de los alimentos.

El Director opinó que la RIMSAs XII había sido verdaderamente notable por varias razones, en particular la decisión de los delegados de conferir a PANAFTOSA la autoridad para llevar a cabo las auditorías de la situación de la fiebre aftosa en los países. Los ministros habían reconocido que era necesario tener una entidad independiente en las Américas que pudiese efectuar tales auditorías e informar a los países que pudiesen estar afectados por brotes de dicha zoonosis. Otro logro digno de mención que había sido el resultado del entusiasmo generado por los debates en el seno de la RIMSAs acerca de la fiebre aftosa había sido la firma de un convenio por los ministros de agricultura y

ganadería del Mercado Común del Sur (MERCOSUR), quienes habían afirmado su compromiso con la colaboración, la transparencia y la difusión de información relativa a la enfermedad.

Por lo que toca a los presupuestos de PANAFTOSA e INPPAZ, el Director explicó que anteriormente se acostumbraba presentar esos presupuestos a la RIMSA junto con los planes de acción de los centros. Sin embargo, él había considerado aconsejable suspender esa práctica, ya que era el Consejo Directivo, y no la RIMSA, el cuerpo que tenía la autoridad para establecer los presupuestos de los centros panamericanos cuando aprobaba el presupuesto de la Organización en su totalidad. Por consiguiente, sólo los planes de acción se habían presentado a la RIMSA para su aprobación. No obstante, quizá fuese necesario modificar esos planes de acción para dar cabida las asignaciones presupuestarias aprobadas por el Consejo Directivo.

En cuanto a la recaudación de las cuotas adeudadas a los centros panamericanos, el Director explicó que la Organización había logrado un progreso considerable con el Gobierno del Brasil al establecer las condiciones para el pago de las cuotas y un plan para cancelar la mora con PANAFTOSA. Además, la OPS estaba considerando la posibilidad de que el sector privado pudiese contribuir al apoyo financiero del centro. Representantes de los productores pecuarios presentes en la RIMSA XII habían indicado su disposición a hacerlo, ya que favorecía a sus intereses el que PANAFTOSA funcionara con la mayor eficiencia posible. La OPS, por consiguiente, estaba procurando elaborar un marco apropiado para las contribuciones del sector privado, lo cual podría involucrar algunos cambios en el gobierno del centro. El Director declaró que mantendría informados a los Cuerpos Directivos acerca de la marcha de esas iniciativas.

Se había avanzado menos en el cobro de la deuda de INPPAZ. La Organización había mantenido conversaciones intensas con el Gobierno de la Argentina en lo referente a la mora tanto del Ministerio de Salud como de la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Pesca y Alimentación. Parte del problema era la falta de claridad acerca de qué organismos del Gobierno de la Argentina eran responsables del presupuesto del Instituto. Sin embargo, el criterio de la OPS era que le competía al Gobierno de la Argentina en su totalidad, y no a una dependencia particular, cumplir los compromisos que había contraído con INPPAZ. El Director tenía esperanzas de que se llegaría a un entendimiento con el Gobierno en un futuro próximo.

Respondiendo a las inquietudes de la Delegación de Canadá, el Director afirmó que, en caso de cualquier discrepancia entre el informe final y la resolución RIMSA12.R3, la resolución tendría precedencia. De conformidad con esa resolución, sería la propia COPAIA la que tomaría la decisión final en lo referente a sus atribuciones.

Finalmente, el Director expresó la gratitud de la Organización al Gobierno del Brasil, y en particular al Dr. João Carlos de Souza Meirelles (Secretario de Agricultura del estado de São Paulo), por auspiciar la reunión.

El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE128.R2, por la cual se recomendaba, entre otras cosas, que el 43.<sup>er</sup> Consejo Directivo apoyase las resoluciones de la RIMSA XII.

### ***Reglamento Sanitario Internacional (documento CE128/14)***

El Dr. Marlo Libel (Asesor Regional en Enfermedades Transmisibles, OPS) puso al corriente al Comité sobre el proceso de revisión del Reglamento Sanitario Internacional. La Asamblea Mundial de la Salud, en 1995, había recomendado que el Reglamento se revisara para abordar los nuevos retos relacionados con el aumento de los viajes y el comercio internacional, con el potencial consiguiente de la propagación rápida de las enfermedades infecciosas. El Reglamento vigente, adoptado en 1969, adolecía de varias limitaciones, entre ellas: reglamentaba sólo tres enfermedades (cólera, peste y fiebre amarilla), dependía de la notificación de los países, carecía de mecanismos para la colaboración entre los países afectados y la OMS, y no daba ningún incentivo eficaz para estimular el cumplimiento por los Estados Miembros.

Los retos principales en el proceso de revisión del Reglamento Sanitario Internacional eran conseguir la notificación de los riesgos de salud pública que fuesen de importancia internacional urgente; evitar la estigmatización y las repercusiones negativas innecesarias sobre los viajes y el comercio internacionales debido a las notificaciones no confirmadas; y lograr que el sistema fuese lo bastante sensible para detectar riesgos de salud pública nuevos o reemergentes. Un concepto fundamental en el nuevo Reglamento sería el de los “eventos de importancia internacional urgente relacionados con la salud pública”. A diferencia del Reglamento vigente, el nuevo no contendría una lista de enfermedades de notificación obligatoria, ni dependería exclusivamente de la notificación de los síndromes de enfermedades, como se había propuesto inicialmente. Más bien, el nuevo Reglamento exigiría a los países que notificaran cualquier brote de enfermedad u otro incidente de salud que planteara una amenaza internacional urgente para la salud pública. Se proporcionaría un algoritmo para ayudar a las autoridades sanitarias de los países a decidir cuándo un evento debía considerarse tanto urgente como internacional, y también se incluirían medidas que podrían aplicarse para prevenir la propagación internacional de enfermedades. El documento de trabajo correspondiente describía los cambios propuestos.

El calendario para la revisión del Reglamento indicaba que la nueva versión debía presentarse para su aprobación a la Asamblea Mundial de la Salud en 2004. Durante 2002 se prepararía un borrador del Reglamento revisado. Entretanto, se llevaría a cabo un proceso de consulta con miras a obtener todas las aportaciones posibles y lograr que la siguiente versión preliminar del Reglamento incorporara las sugerencias de los Estados Miembros y respondiera a sus necesidades. Como parte de ese proceso, se pediría a los países que participaran en las pruebas sobre el terreno de diversos aspectos del Reglamento, incluido el árbol de decisiones para determinar si un evento de salud pública era de importancia internacional urgente. A nivel regional, la OPS procuraría involucrar a los países de las Américas en esa puesta a prueba y para evaluar si los cambios propuestos eran aplicables, pues muchos de ellos requerirían cambios en la legislación nacional. Para finalizar, el Dr. Libel señaló que en el proceso de revisión se estaba consultando a varios otros interesados directos —en particular, la Comisión Mixta FAO/OMS del Codex Alimentarius y la Organización Mundial del Comercio—, dados los vínculos entre el comercio mundial y la transmisión y notificación de las enfermedades infecciosas.

El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el informe de avance sobre la revisión del Reglamento Sanitario Internacional, pero expresó preocupación porque el proceso había sido tan demorado. Se instó a la OMS a que dedicara más recursos y acelerase el ritmo de la revisión para tener la seguridad de cumplir el plazo de 2004. Todos los delegados que tomaron la palabra a propósito de este punto recalcaron la voluntad de sus países de colaborar para que la revisión avanzara lo más rápidamente posible. El Comité recalcó que el Reglamento Sanitario Internacional revisado debía seguir asignando prioridad a la protección de la salud pública y la prevención de enfermedades, aunque también reconoció la necesidad de evitar medidas innecesarias que pudiesen tener consecuencias económicas indeseables o infringir el derecho de las naciones a participar del comercio internacional. El Comité también estuvo de acuerdo en la necesidad de establecer colaboración con otros interesados directos en el proceso de revisión. En particular, se señaló que las organizaciones de sanidad animal debían participar, considerando los nexos existentes entre el Reglamento y la producción pecuaria, el comercio alimentario y la inocuidad y seguridad de los alimentos.

La formación de la capacidad de respuesta y el fortalecimiento de los sistemas nacionales de vigilancia se consideraban cruciales para el éxito de la revisión y la eficacia del Reglamento. Varias delegaciones solicitaron la asistencia de la OPS para tal fin. También se recalcó la necesidad de vincular la vigilancia nacional y la internacional. Los Miembros plantearon varias inquietudes concretas con relación al Reglamento y las medidas propuestas para la contención de enfermedades, en especial la conveniencia del rociamiento de insecticidas en las aeronaves que aterrizan y la dotación de los aeropuertos con personal apropiado para vigilar la posible presencia de enfermedades en los pasajeros; las medidas para afrontar la posible introducción de enfermedades por los viajeros

indocumentados que no pasaban por los puntos oficiales de entrada; y el riesgo de que los suministros y el equipo hospitalario donados por un país a otro pudiesen constituir fómites. Con respecto a este último asunto, se sugirió que la OPS podría formular un conjunto de normas para las donaciones de material hospitalario usado, con miras a reducir el riesgo de transmisión de agentes patógenos.

Se hicieron varias preguntas sobre los aspectos jurídicos de la revisión y cómo se haría cumplir el Reglamento revisado. Un delegado también preguntó si la revisión del Reglamento Sanitario Internacional requeriría una revisión del Código Sanitario Panamericano.

El Dr. Libel agradeció a los delegados los ofrecimientos de los países para participar en la revisión, la cual sería decisiva para elaborar y evaluar el siguiente borrador del Reglamento revisado para cumplir el plazo de 2004. Con respecto a los aspectos jurídicos del Reglamento, explicó que este representaría un convenio internacional entre los Estados Miembros, pero la mayoría de las disposiciones se ejercerían en cada país por conducto de la legislación y los reglamentos nacionales, y no por conducto de un organismo internacional. Como había señalado en su intervención, parte del proceso de revisión implicaría la revisión de las leyes nacionales.

El funcionario dijo estar de acuerdo en que la cantidad que la OMS estaba invirtiendo en la revisión era bastante limitada, cosa que era motivo de preocupación. Sin embargo, gran parte de los preparativos para la aplicación del Reglamento revisado tenía que ver con formar la capacidad nacional de vigilancia epidemiológica y análisis de laboratorio, y en esas esferas sí se estaban invirtiendo sumas sustanciales, tanto por la OMS como por la OPS y los países mismos. Es más, en los países de las Américas, la OPS estaba esforzándose en formar la capacidad de vigilancia y de respuesta a las enfermedades transmisibles mediante diversos programas e iniciativas conexos, como los de vigilancia y control de la malaria, el dengue, las enfermedades prevenibles por vacunación y las zoonosis.

Con respecto a la pregunta acerca de la aplicación de insecticidas en los puntos de entrada, señaló que los resultados de investigaciones recientes habían corroborado el valor del uso de insecticidas en las aeronaves que aterrizaban, aunque el asunto sin duda sería tema de mayores debates. En cualquier caso, si se llegaba a formular una recomendación sobre el uso de insecticidas, probablemente sería incluida en un anexo, no en el cuerpo mismo del Reglamento. En cuanto a dotar de personal los aeropuertos y los puestos de control fronterizos, las pruebas científicas en lo referente a la transmisión de las enfermedades infecciosas indicaban que en los puntos de entrada sólo se necesitaba un mínimo de personal de salud pública, ya que el período de incubación de muchas enfermedades era bastante largo y, por consiguiente, había pocas probabilidades de

detectarlas al llegar los viajeros. En cuanto a la transmisión de enfermedades por medio de material donado o de viajeros indocumentados, no eran esos asuntos que pudiesen tratarse mediante reglamentos internacionales; más bien, debían abordarse a nivel nacional mediante el mejoramiento de la capacidad de los países para detectar tales problemas.

El Director dijo que a él le complacía el abandono del criterio sindrómico en favor de hacer más hincapié en una mayor responsabilidad de los países, combinada con la definición de algoritmos para ayudar a estos a determinar cuándo un evento se consideraba de importancia internacional urgente para la salud pública. Ese cambio implicaba un mayor grado de confianza y confidencialidad entre los países, y entre estos y la Oficina. Esa confianza, unida a las respuestas rápidas por parte de la Oficina, sería decisiva para que el Reglamento diera resultado.

En lo atinente a las repercusiones del Reglamento para el comercio de alimentos, la OPS conocía muy bien la repercusión negativa que los reglamentos sanitarios y fitosanitarios podían tener en el comercio, lo que a su vez podía limitar la capacidad de los países para realizar al máximo su potencial económico. La Organización era sensible a la necesidad de trabajar con la Comisión Mixta FAO/OMS del Codex Alimentarius, la Organización Mundial del Comercio y, también, organizaciones de sanidad animal como el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA) para velar por que los temas comerciales y económicos se tuvieran presentes en la revisión. En cuanto al Código Sanitario Panamericano, como este era un tratado, su modificación requeriría la ratificación por el poder legislativo de todos los Estados Miembros, lo cual sería un procedimiento complejo y dilatado. Sería mucho más factible modificar las prescripciones anexas al Código según fuese necesario, a fin de armonizarlas con el Reglamento Sanitario Internacional revisado. Una vez que se ultimara la revisión de este último, la Oficina examinaría las prescripciones del Código y haría una recomendación en cuanto a la necesidad de modificaciones. Cualquier enmienda de las prescripciones requeriría la aprobación de los Cuerpos Directivos.

El Comité aprobó la resolución CE128.R1.

### ***Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica (CE128/16)***

La Sra. Heather Selin (Asesora en Prevención y Control del Consumo de Tabaco, OPS) informó al Comité sobre la situación del consumo de tabaco en las Américas y las medidas adoptadas por la OPS para apoyar los esfuerzos de los Estados Miembros para combatir dicho consumo, tanto a nivel nacional como internacional, mediante la elaboración del Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica (CMLAT). El consumo de tabaco era la principal causa de muertes evitables en las Américas. El tabaco dañaba no solo a quienes lo consumían, sino a quienes estaban expuestos pasivamente al humo,

especialmente los niños y las mujeres embarazadas. El gasto en los productos de tabaco reducía la cantidad de dinero de que las familias disponían para atender necesidades como los alimentos y la vivienda. Es más, el tabaco tendía a matar a los adultos en sus años más productivos, lo que a menudo dejaba a las familias sin su sostén económico principal. Evidentemente, dados los asombrosos costos sanitarios y económicos del tabaco, se necesitaban medidas fuertes para combatir su consumo.

El movimiento encaminado a elaborar una convención había surgido porque los países habían reconocido que la actuación internacional era esencial para contrarrestar el enorme poder ejercido por la industria tabacalera en el mundo y porque los problemas como la publicidad y el contrabando del tabaco exigían una respuesta internacional coordinada. La Organización creía que la elaboración del CMLAT ofrecía una oportunidad singular de llegar a un acuerdo internacional sobre el control del consumo de tabaco. Sin embargo, el éxito dependería de la actuación y el compromiso nacional para que el impulso internacional se transformase en hechos en el ámbito interno. El proceso de elaboración del tratado y la acción nacional debían considerarse procesos paralelos que conducían a la misma meta: la reducción del consumo de tabaco y las defunciones y enfermedades relacionadas con este problema.

La mayoría de los países de la Región estaba participando en el proceso de negociación del CMLAT. No obstante, en el plano nacional sólo unos cuantos países habían adoptado políticas públicas amplias encaminadas a reducir el consumo de tabaco y limitar la influencia de la industria tabacalera, a pesar de la existencia de pruebas sólidas de que ciertas medidas podrían ser sumamente eficaces en función de los costos para reducir las defunciones relacionadas con el tabaco. Esas medidas incluían impuestos al tabaco, control del contrabando, la creación de entornos sin humo de tabaco, las prohibiciones de la promoción del tabaco y la educación del público. Dos medidas, en particular, podrían reducir extraordinariamente el consumo de tabaco entre los fumadores, proteger a los no fumadores y disminuir la tolerancia social hacia el tabaquismo, a saber: los impuestos a los productos de tabaco y la creación de entornos sin humo de tabaco. La Sra. Selin concluyó su exposición invitando al Comité a considerar lo que se necesitaba para que los Estados Miembros de la OPS aprovecharan el impulso mundial del proceso de elaboración del CMLAC para obtener logros concretos en la reducción de la mortalidad y morbilidad causadas por el tabaquismo a nivel nacional, y la manera como la OPS podría ayudarlos para tal efecto.

El Comité Ejecutivo estuvo de acuerdo en que se necesitaba un enfoque de política integral para lograr reducciones significativas del consumo de tabaco y apoyó las tres estrategias de cooperación técnica descritas en el documento: la formación de la capacidad nacional para ejecutar iniciativas eficaces en función de los costos, la promoción de procesos multisectoriales para apoyar un marco eficaz de política para la acción, y

considerar el control del consumo de tabaco como un componente clave de la reforma del sector de la salud. Dado que muchas de las medidas recomendadas requerirían legislación para poderse aplicar, se sugirió que la Organización también debería ayudar a los países a echar los cimientos y generar el apoyo a los cambios necesarios para reducir y prevenir el consumo de tabaco, teniendo presente el contexto político, social y cultural de cada país. También se propuso elaborar advertencias uniformes para insertar en los paquetes de cigarrillos, ya que en algunos casos los rótulos de advertencia eran prácticamente inútiles por su contenido o aspecto.

El Comité consideró que el apoyo a la participación de los Estados Miembros en el proceso de negociación del CMLAT era otra función clave de la OPS. Una convención fuerte que apoyase una acción internacional integral se consideraba la única manera de lograr el control del consumo de tabaco. Se subrayó la necesidad de incluir a los interesados directos ajenos al sector de la salud en el proceso del CMLAT. El Comité también apoyó la solicitud de financiamiento adicional contenida en el documento. Varias delegaciones indicaron que sus gobiernos facilitarían fondos extrapresupuestarios para las actividades de control del consumo de tabaco de la Organización y exhortaron a otros países a hacer otro tanto. También se sugirió que la Oficina debía explorar opciones para reasignar fondos dentro del presupuesto de la OPS, con objeto de que el programa de control del consumo de tabaco contara con más recursos. Un delegado mencionó que el ministerio de salud de su país había sido contactado reiteradamente por representantes de bufetes de abogados de los Estados Unidos, y pidió que la Oficina se refiriese a la eficacia de los juicios entablados contra la industria tabacalera.

El Delegado de Canadá dijo que al Ministro de Salud de su país, Sr. Allan Rock, le había complacido recibir el premio del concurso regional "Limpiemos el aire", patrocinado por la OPS como parte de la iniciativa "América sin humo de tabaco". Su delegación también felicitaba a los otros ganadores, entre ellos el Ministro de Salud del Brasil, Dr. José Serra, y los ministerios de salud de Jamaica y Honduras.

En respuesta a las observaciones del Comité, la Sra. Selin dijo estar de acuerdo en que era esencial echar los cimientos políticos y jurídicos para que el control del consumo de tabaco fuese eficaz. La Organización era muy consciente de que el control del consumo de tabaco era un tema sumamente político. Los gobiernos que estaban tratando de reducir el consumo de tabaco se enfrentaban con la fuerte oposición de una industria poderosa del sector privado. Evidentemente, los países no podrían implantar políticas amplias de control del consumo de tabaco de la noche a la mañana, pero su participación en las negociaciones del CMLAT les brindaba la oportunidad de agilizar ese proceso.

Con respecto a la pregunta acerca de los juicios entablados contra la industria tabacalera, señaló que, como estrategia de control del consumo de tabaco, los litigios

habían producido resultados contradictorios. Aunque en algunos casos ciertas dependencias del gobierno habían recibido sentencias favorables y una indemnización considerable en los pleitos contra las empresas tabacaleras, los litigios no eran una manera segura de obtener recursos para las actividades de control del consumo de tabaco. Uno de los mejores frutos de los pleitos contra las empresas tabacaleras en Estados Unidos había sido la divulgación de información sobre la industria tabacalera y sus productos, lo cual había resultado útil a la hora de formular estrategias para reducir el consumo de tabaco.

El Director agregó que en varias ocasiones la OPS había sido abordada por bufetes de abogados que buscaban obtener el apoyo de la Organización para entablar juicios en nombre de algunos Estados Miembros. La OPS no tenía los recursos ni la capacidad técnica para ayudar a los países en esa función, pero le complacería compartir con ellos la información que tenía sobre los resultados de tales litigios en las Américas.

Sobre el tema del financiamiento, dijo que la Oficina haría todo lo posible, dentro de sus recursos limitados, para encauzar más fondos al control del consumo de tabaco. En el presupuesto para el bienio 2000-2001, se habían hecho recortes en algunas áreas para asignar más fondos al programa de control del consumo de tabaco, y la Oficina se esforzaría en hacer lo mismo en el próximo bienio. Agradeció a los países que habían accedido a facilitar financiamiento extrapresupuestario.

Con respecto al apoyo a la participación de los países en el proceso de negociación del convenio marco, una cosa que la OPS había hecho era facilitar las reuniones subregionales sobre el CMLAT, lo cual permitía que los países más pequeños, que sencillamente no podían costear su participación en las sesiones de negociación internacional, tuvieran voz en el proceso. La Organización seguiría apoyando esa colaboración entre los países con miras a fomentar la adopción de posiciones regionales comunes en las conversaciones acerca del convenio marco.

El Director informó que, en el Día Mundial sin Tabaco (31 de mayo de 2001), la Organización había lanzado la iniciativa "América sin humo de tabaco", que pretendía aumentar la conciencia sobre el daño causado por el humo de tabaco en el ambiente y movilizar acciones para crear entornos sin humo de tabaco. El Director esperaba que los países se sumaran a la iniciativa y actuaran para poner fin al mito de que el humo de tabaco en el ambiente era menos peligroso que el humo directo. La OPS estaba promoviendo vigorosamente el concepto de que el humo de tabaco no puede ser saludable en forma alguna.

El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE128.R9.

***Promoción de la salud (documento CE128/17)***

La Dra. María Teresa Cerqueira (Directora, División de Promoción y Protección de la Salud) empezó su intervención señalando que había una multitud de pruebas acerca de la eficacia de la promoción de la salud y de los factores determinantes del buen resultado de las actividades de promoción de la salud. Sin embargo, a la fecha pocos países de la Región habían hecho una inversión seria en esta esfera. En la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada el año precedente en México, los Estados Miembros habían apoyado la Declaración de México 2000, por la cual se comprometían a fortalecer los planes nacionales de promoción de la salud en las áreas prioritarias, que eran: la campaña en favor de los entornos sin humo de tabaco; la salud mental; la maternidad sin riesgo; la promoción de la lactancia materna; la salud y el desarrollo del niño y del adolescente; el envejecimiento sano; y el fomento de modos de vida sanos. La Organización había pedido orientación a los Estados Miembros sobre cómo podría ayudarlos a cumplir esa promesa. En el documento de trabajo sobre este punto se ponían de relieve las maneras en las cuales la Organización podía ayudar a los países a fortalecer su capacidad de poner en práctica, planificar y evaluar las estrategias de promoción de la salud y a desarrollar la infraestructura apropiada.

La Dra. Cerqueira describió la estructura de la División de Promoción y Protección de la Salud y las líneas principales de trabajo de sus tres programas (Población y Salud de la Familia; Salud Mental; y Alimentación y Nutrición) y sus tres centros panamericanos (Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano [CLAP], Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá [INCAP] e Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe [CFNI]). La prioridad de la División para el bienio era elaborar un plan de acción estratégico sobre promoción de la salud para los cinco años siguientes, que procuraría lograr una mejor integración entre las áreas programáticas y la exploración más amplia de los factores determinantes de la salud.

Entre los retos principales para el programa de cooperación técnica de la OPS figuraban seguir fortaleciendo la capacidad institucional en el sector sanitario y otros sectores, ampliar y afianzar la base de pruebas de la eficacia de la promoción de la salud, y fortalecer las asociaciones de trabajo existentes y crear otras nuevas. Para afrontar esos retos, la cooperación técnica de la OPS se centraría en fomentar la planificación relacionada con las siguientes estrategias de promoción de la salud: la creación de entornos sanos y propicios; el establecimiento de políticas públicas saludables; el fortalecimiento de las actividades de la comunidad en pro de la salud; la adquisición de aptitudes personales para la vida; la reorientación de los sistemas y servicios de salud; el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia con información social y conductual; y el apoyo a la investigación y la evaluación con miras a acrecentar los conocimientos e impulsar las prácticas más adecuadas.

El Comité recalcó la importancia de la promoción de la salud para abordar las inequidades en cuanto a la situación sanitaria y mejorar la salud de toda la población. La incidencia cada vez mayor de una variedad de problemas de salud señalaba la necesidad de que los países destinaran más recursos a la promoción de la salud, la cual debía considerarse un elemento esencial del desarrollo social y económico. El Comité también hizo suyo el llamamiento a incorporar las estrategias de promoción de la salud en todas las actividades de la Organización. La colaboración entre los programas de la OPS, así como entre los Estados Miembros y con asociados externos, se consideraba vital para crear una sinergia que extendiera las repercusiones de la promoción de la salud a toda clase de inquietudes sanitarias. Como la Declaración de México 2000 había reafirmado, las actividades de promoción de la salud requerían la participación activa de todos los sectores de la sociedad. Por lo tanto, el Comité aplaudió que la Organización hiciera hincapié en incluir a diversos niveles del gobierno así como a las organizaciones no gubernamentales. Además, el Comité alentaba las asociaciones de trabajo entre los países de la Región como un medio de fortalecer la infraestructura necesaria para impulsar la planificación y las actividades de promoción de la salud en las Américas. Un proyecto en curso entre la Asociación de Salud Pública del Canadá (CPHA) y la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) en el Brasil se citó como un ejemplo de tales asociaciones.

El Comité estuvo de acuerdo en la importancia de construir una base de datos probatorios para mostrar la eficacia de las actividades de promoción de la salud y prestar más atención a los factores determinantes de la salud para guiar el establecimiento de prioridades y las decisiones de inversión. El fortalecimiento de la planificación de actividades de promoción de la salud se consideraba esencial. A los países que aún no lo habían hecho se los instó a formular y ejecutar sus propios planes de acción para dar a la promoción de la salud la prominencia que merecía.

Se recalcó la necesidad de formar un personal sanitario que tuviese conocimientos y experiencia en las técnicas de promoción de la salud. Se señaló que hacían falta nuevos paradigmas de enseñanza para este personal, que tradicionalmente se había formado para responder a la mala salud, no para mejorar la buena salud, y no estaba acostumbrado a que le sacaran de las manos una parte de la responsabilidad con respecto a la salud. El fomento de un cambio cultural que promoviera concebir la salud como una responsabilidad de todos también se consideró esencial para lograr la eficacia y la sostenibilidad de los programas sanitarios. La responsabilidad local de los programas y el uso de la comunicación de masas se consideraban estrategias importantes de promoción de la salud. Varios Miembros ofrecieron ejemplos de las respuestas entusiastas a iniciativas de promoción de la salud en sus países, que habían demostrado que la inquietud por la prevención de enfermedades y por el mejoramiento de la calidad de vida se extendía a todos los estratos sociales.

El documento CE128/17 se consideró como un marco de política útil, pero el Comité opinó que debía especificar más claramente los objetivos de promoción de la salud en cada área del proceso de planificación estratégica para 2003-2007, a fin de ayudar a la Organización y a los Estados Miembros a concentrarse en las prioridades de promoción de la salud y en cómo lograr los objetivos prioritarios. Los Miembros también consideraron que el documento debía ser más explícito con respecto a la repercusión de los factores determinantes sociales y económicos, así como el sexo, la raza, la educación y el entorno físico, en la salud de la población. Podría darse más importancia a la identificación de actividades que reportasen beneficios para la salud, además de la lucha contra los factores de riesgo.

El Representante del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) informó que su organización había venido colaborando estrechamente con la OPS en proyectos destinados a complementar el apoyo del Banco a la reforma del sector de la salud al dirigir más recursos hacia la salud pública, en particular la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Esos proyectos habían revelado la existencia de muchos obstáculos que se oponían al éxito de las actividades de promoción de la salud, los cuales iban desde la falta de prioridad en la asignación de recursos para la promoción de la salud hasta la debilidad institucional dentro de las unidades técnicas de los ministerios encargadas de dicha promoción, pasando por una resistencia cultural a ciertos modos de vida sanos.

La Dra. Cerqueira respondió que la Organización intentaría ser más específica y dar más pormenores con respecto al plan y las metas que habían surgido de la conferencia de México. En 2002, la OPS tenía previsto organizar un foro en Chile donde se examinarían los adelantos logrados en relación con las metas fijadas en México. La funcionaria dijo estar satisfecha de que el Comité estuviese de acuerdo en la importancia de crear la base de pruebas de la eficacia de la promoción de la salud y la necesidad de realizar más actividades de evaluación. A un grupo de trabajo constituido por representantes de varios países se le había encomendado elaborar un protocolo para la evaluación sobre el terreno de las experiencias de promoción de la salud. La primera etapa de la tarea consistía en validar los instrumentos usados en ese proceso y compartir los resultados. En la segunda etapa, se formarían en los países equipos adiestrados en la metodología, y se publicarían la metodología y los estudios de casos.

La Organización procuraría proporcionar a las autoridades locales una “caja de herramientas” de los métodos para ayudarles a establecer metas de promoción de la salud con relación a iniciativas concretas como el Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica. La Dra. Cerqueira dijo que aplaudía las iniciativas de formar asociaciones de trabajo como la establecida entre la CPHA y la FIOCRUZ, y declaró que la Organización estaba continuando su proyecto conjunto con el BID en el Cono Sur, con la esperanza de formar un equipo que pudiese colaborar con otros países en la planificación de actividades de promoción de la salud.

El Comité aprobó la resolución CE128.R11.

***Salud, agua potable y saneamiento en el desarrollo humano sostenible (documento CE128/13)***

El Dr. Mauricio Pardón (Director, División de Salud y Ambiente) resumió el documento preparado por la Oficina sobre este punto, en el que se examinaba la situación de la cobertura de agua y saneamiento en la Región, se exploraban los retos futuros y se describían las funciones que deben desempeñar la OPS y los ministerios de salud al afrontar esos retos. Empezó por señalar que el desarrollo humano sostenible exigía la expansión de las capacidades de salud, conocimientos, recursos y el ejercicio de los derechos humanos fundamentales, uno de los cuales era el derecho a vivir en un ambiente sano. El agua potable salubre y el saneamiento adecuado eran imprescindibles para disfrutar de ese derecho. Las carencias en materia de agua y saneamiento ponían en peligro la salud (como lo habían mostrado en los últimos años las epidemias de enfermedades transmitidas por el agua en países industrializados lo mismo que en desarrollo), amenazaban el desarrollo económico y reducían el efecto de la educación higiénica.

A pesar de que la Región de las Américas había logrado grandes avances en el último decenio en materia de abastecimiento de agua potable y saneamiento, todavía había millones de personas, especialmente en las zonas rurales, que carecían de acceso. Es más, sólo 14% de las aguas residuales recibían tratamiento, aunque fuera mínimo. Persistían los problemas con la calidad de los servicios y la seguridad microbiológica y química; y la contaminación y el agotamiento de las aguas subterráneas y otros recursos hídricos eran una inquietud creciente. Algunos desafíos futuros eran la promoción de una participación más amplia de los sectores público y privado, así como de la sociedad civil, en la gestión de los servicios de agua y saneamiento. Hacía falta una estrategia de gestión integrada para velar no solo por el agua potable salubre, sino también por servicios bien administrados y debidamente dotados de personal.

La OPS alentaba a los ministerios de salud a participar más en todos los ámbitos de la prestación de servicios de agua y saneamiento, abogando por el acceso universal, la vigilancia y el seguimiento de la calidad del agua y el desempeño de los servicios, la reglamentación, el establecimiento de normas y políticas, la creación de asociaciones y la negociación, la capacitación de recursos humanos y las intervenciones directas en situaciones de emergencia. La colaboración entre ministerios de salud y ministerios del ambiente era fundamental para avanzar en esos campos y sería el tema de una reunión propuesta par el año próximo. Por su parte, la OPS estaba participando en proyectos sobre planificación y desarrollo institucionales; reglamentación; gestión de riesgos, y evaluación de la contaminación del agua. La Organización había producido recientemente 17 análisis de los sectores de agua y saneamiento —que en muchos países sirvieron de plan de desarrollo

sectorial— y había colaborado con los países en la preparación de los informes de la *Evaluación 2000* sobre la situación del agua potable y el saneamiento en la Región.

El Comité Ejecutivo agradeció a la Oficina que hubiera incorporado en el documento los cambios que había sugerido el SPP en marzo. El Comité expresó apoyo general a la función ampliada de los ministerios de salud relacionada con el abastecimiento de agua y el saneamiento, considerando el nexo innegable entre el agua y la salud. Por otro lado, se reconoció que en muchos países los ministerios tenían limitaciones de recursos e institucionales que les dificultaban asumir las funciones ampliadas. Se sugirió que la OPS debía centrar su cooperación técnica en el fortalecimiento de la capacidad para facilitarles a los ministerios de salud el cumplimiento de tales funciones. Varios miembros señalaron que, en sus países, algunas de las funciones tratadas en el documento le corresponderían al gobierno local y no a las autoridades nacionales de salud pública. Se sugirió que, para que las recomendaciones fueran más útiles, las deliberaciones para el Consejo Directivo se reorganizaran en torno a las seis funciones en materia de agua y saneamiento para los ministerios de salud que se definían en el documento.

La colaboración intersectorial se consideró esencial para asegurar un suministro de agua potable en cantidades suficientes, aunque se convino en que las autoridades de salud pública debían seguir teniendo la responsabilidad primaria de las actividades para las cuales tenían la mejor capacidad técnica, como la formulación de políticas y normas y la operación de los sistemas de vigilancia. En conformidad con la recomendación del Plan de Acción de la Tercera Cumbre de las Américas, el Comité avalaba la convocatoria a una reunión conjunta de los ministros de salud y medio ambiente a principios de 2002. El Comité también instaba a la OPS y a las autoridades sanitarias de los países a trabajar con sus colegas en el sector ambiental para lograr que la salud figurara en un lugar destacado en el programa de la próxima Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible (Rio+10), en la que se examinarían los adelantos logrados desde la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, que había tenido lugar en Rio de Janeiro en 1992.

La participación de la comunidad y el sector privado se consideraban indispensables para ampliar la cobertura de agua y saneamiento. Se mencionó un proyecto de desarrollo de infraestructura en la frontera entre México y Estados Unidos como ejemplo de la importancia de incluir a la comunidad para el sostenimiento de los sistemas una vez instalados. Se señaló que, como el abastecimiento fiable de agua limpia y el saneamiento adecuado eran necesarios para el desarrollo económico y social tanto como para la salud, la ampliación de la cobertura debía integrarse en las actividades generales de desarrollo. El agua potable se conceptuaba como un bien público esencial, cuyos beneficios para la sociedad eran mucho más valiosos que el precio de abastecerla. Sin embargo, dada la situación fiscal en algunos países, el sector público no tenía los recursos

para prestar servicios a las zonas rurales pobres, que en cambio recibían servicios de entidades privadas. Por consiguiente, el costo del agua para las poblaciones menos capaces de pagarlo solía ser proporcionalmente mucho más alto que para las poblaciones más ricas.

El Comité opinó que las orientaciones futuras deberían incluir la creación de una red de laboratorios para la vigilancia y el seguimiento de la calidad bacteriológica y bioquímica del agua para consumo humano. También se necesitaban indicadores regionales que fueran más allá de la calidad del agua para reflejar más plenamente las repercusiones del abastecimiento de agua y el saneamiento en la salud y el desarrollo sostenible. Tales indicadores medirían la calidad del servicio, la utilización del saneamiento y los comportamientos relacionados con la higiene. También se recalcó la importancia de prestar más atención a la conservación del medio ambiente para proteger las fuentes de agua. El Delegado de Antigua y Barbuda destacó que la conservación de las aguas revestía un interés especial para algunos estados insulares pequeños del Caribe que carecían de reservas grandes de agua, pero recalcó que la conservación era importante en otros sitios y debía tratarse en el documento. Se sugirió que en el documento también se debían analizar las razones de la persistencia del cólera en la Región 10 años después de su reaparición, a pesar de la ampliación de la cobertura de agua y saneamiento.

El Dr. Pardón informó que la OPS había estado empeñada en lograr que la salud fuera una parte importante del programa de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible. Dijo que estaba de acuerdo con las observaciones del Comité en lo referente a la necesidad de discriminar entre las funciones de los gobiernos nacionales y locales así como en la necesidad de conceder mayor importancia a los problemas y las preocupaciones relacionados con las aguas residuales y la contaminación bioquímica de las fuentes de agua. Era importante definir las metas, determinar los campos de colaboración entre países y conseguir la participación de instituciones como el BID y el Banco Mundial en proyectos colaborativos. La concepción de medidas de progreso era esencial para aclarar lo que se estaba logrando con el dinero invertido. Asimismo, los indicadores regionales de la calidad de los servicios, la utilización del saneamiento, y la higiene ayudaban a encauzar la estrategia de cooperación técnica para los programas de saneamiento básico. En lo referente al cólera, su reaparición no había sido una sorpresa considerando el precedente de un decenio de descuido e inversión decreciente en agua y saneamiento en Perú. Tal crisis se podría evitar en el futuro conservando los niveles de inversión en el sector.

El Director expresó su apoyo a la reunión propuesta de ministros de salud y medio ambiente, aunque señaló que al principio había experimentado cierto escepticismo en cuanto al producto previsto. La Organización participaría en los preparativos de la reunión y procuraría generar entusiasmo en los países entre ambos sectores. Con respecto al tema de quién debía encargarse del abastecimiento de agua, proponía que, si bien el Estado tenía la última responsabilidad de velar por la disponibilidad de los bienes públicos, a veces tenía que solicitar ayuda de sus colaboradores. Eso se aplicaba sobre todo a los bienes

públicos que dependían de la demanda (como el agua y el saneamiento), que exigían un enfoque diferente al de los bienes públicos que se regían por la oferta (como las vacunas). Asimismo, había tantas actividades que influían en la salud, que no era práctico pedirle a ese sector que rindiera cuentas de todas ellas. Había que distinguir entre los asuntos de los cuales era responsable directamente el sector de la salud y los asuntos que debía promover y facilitar y para los cuales debía colaborar con otros sectores para lograr que se realizaran las actividades necesarias.

El Comité aprobó la resolución CE128.R10.

***Desarrollo y fortalecimiento de la gestión de los recursos humanos en el sector de la salud (documento CE128/12)***

El Dr. Pedro Enrique Brito (Coordinador, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, OPS) presentó un resumen de la situación de los recursos humanos de salud en la Región y esbozó los desafíos en materia de gestión de dichos recursos, en particular considerando los cambios relacionados con la reforma del sector sanitario. El tema había estado ausente de la mayor parte de los programas de reforma sanitaria, aunque los recursos humanos eran indispensables para el desempeño de los sistemas de salud y el éxito de las reformas introducidas. Es más, la propia reforma sanitaria había creado nuevos desafíos para la gestión del personal sanitario. Los desafíos más urgentes e importantes radicaban en la descentralización, que era un componente del proceso de reforma sanitaria en prácticamente todos los países.

Esos desafíos incipientes, unidos a problemas persistentes tales como los desequilibrios en la composición y distribución de la fuerza laboral sanitaria y la migración de los trabajadores sanitarios, exigían medidas a nivel conceptual, político y operacional para mejorar la capacidad institucional de los sistemas de salud en la gestión de los recursos humanos. En el documento se resumían los principales problemas que afrontaba el sector de la salud en la gestión de los recursos humanos y se describían las acciones necesarias para velar por que las entidades encargadas de llevar a cabo esa función poseyeran ciertas competencias básicas en los siguientes ámbitos: análisis de la situación y las tendencias de los recursos humanos e identificación de las necesidades de programación; dotación de recursos humanos; gestión y evaluación del desempeño, gestión de las relaciones de trabajo y administración del personal; desarrollo y capacitación de los recursos humanos; y garantía de condiciones y ambientes de trabajo seguros.

La OPS consideraba la gestión de los recursos humanos una función esencial de salud pública. Como consecuencia, su cooperación técnica en el campo de la gestión de recursos humanos estaba vinculada a la Iniciativa de Salud Pública de las Américas de la Organización, así como a su labor para mejorar el desempeño de los servicios de salud, fortalecer la rectoría de los ministerios de salud y apoyar la reforma sectorial.

Un elemento imprescindible de la estrategia de cooperación técnica era el “Observatorio de los recursos humanos en las reformas sectoriales de salud”, una iniciativa regional para la producción y difusión de información sobre los recursos humanos que comprendía grupos nacionales interinstitucionales e intersectoriales coordinados por los ministerios de salud y las representaciones de la OPS/OMS en los países. El objetivo del Observatorio era contribuir a la definición de políticas de recursos humanos y realizar la evaluación y el monitoreo del desarrollo de estos recursos en los procesos de reforma sectorial, dando cumplimiento al mandato que había recibido la OPS en la Cumbre de las Américas de Miami, en 1994. Esta iniciativa había comenzado en junio de 1999 y en la actualidad participaban 13 países. La OPS abrigaba la esperanza de incorporar a la larga a todos los países de la Región.

El Comité Ejecutivo estuvo de acuerdo en la necesidad de conceder más importancia al desarrollo y fortalecimiento de la gestión de recursos humanos en el marco de la reforma del sector de la salud y aplaudió el liderazgo de la OPS al subrayar esa necesidad y organizar una reacción coordinada ante los retos que afrontaban en materia de recursos humanos los sistemas de salud de la Región. Un delegado señaló que el hecho de que en la Declaración Final y el Plan de Acción de la Tercera Cumbre de las Américas se hubiera reconocido la necesidad de fortalecer la gestión de los recursos humanos sanitarios era un signo positivo. El Comité también manifestó su apoyo al Observatorio y alentó a los Estados Miembros a participar en conjunto en la iniciativa.

El Observatorio se consideraba un medio excelente para generar información sobre la situación de los recursos humanos, detectar problemas y necesidades, e intercambiar información sobre experiencias y prácticas adecuadas relacionadas con las cuestiones sustanciales de los recursos humanos. Aunque se reconocían los beneficios del intercambio de experiencias, también se señaló que los enfoques a la reforma sanitaria variaban en los países y, por ende, no se podían aplicar las mismas soluciones a los problemas de gestión de los recursos humanos en todos los casos. Varios delegados recalcaron que debían tenerse en cuenta las necesidades y características propias de cada país.

Se sugirió que un elemento importante de la gestión de los recursos humanos en el contexto de la reforma sanitaria sería la institución de programas de adaptación al cambio para preparar al personal sanitario para los cambios de la reforma y las nuevas funciones que tendrían que desempeñar en los sistemas sanitarios descentralizados. Un delegado informó que, por ejemplo, la experiencia de su país había puesto de relieve que el personal médico necesitaba capacitarse en administración. Otro delegado señaló que, en el ambiente nuevo creado por la reforma sanitaria, los profesionales de la salud necesitaban cada vez más aptitudes nuevas, como la gestión de sistemas de información, capacidad de negociación y promoción, y aptitudes de mercadotecnia social.

Se manifestó una preocupación considerable acerca de los desequilibrios en la combinación de profesionales sanitarios en los países de la Región. Un delegado señaló que, según una publicación reciente de la OPS sobre enfermería, la razón de médicos a enfermeras en América Latina (3–5 médicos por enfermera) era la contraria a la ideal. Se instó a la OPS a que promoviera políticas y medidas que corrigieran los desequilibrios en la combinación y distribución de los profesionales sanitarios. La migración del personal de salud también se citó como un grave problema que ha exacerbado la escasez de profesionales de la salud, especialmente de enfermeras, en algunos países. Además, se consideró decisivo mejorar la salud, la seguridad y las condiciones laborales para los trabajadores sanitarios, puesto que esas condiciones influirían en el número de años que ejercen la profesión, su nivel de compromiso y productividad y, en última instancia, la calidad de la atención que presten los sistemas asistenciales.

El Comité juzgó apropiadas las actividades de cooperación técnica y las estrategias descritas en el documento. Se propuso agregar dos funciones para la OPS: evaluar las repercusiones de los cambios en la gestión de los recursos humanos y ayudar a los países a prever la demanda de recursos humanos a largo plazo, en particular. Considerando que la lista de estrategias era ambiciosa, se alentó a la OPS a dar un orden de prelación a sus actividades y también a planear cuidadosamente los métodos que usaría para llevarlas a cabo.

Se hicieron varias sugerencias concretas con respecto al documento. Un delegado señaló que el planteamiento contenido en la introducción, de que el personal sanitario define el carácter de los servicios de salud y el grado en que se utilizan, no tenía en cuenta la demanda ni la función central que desempeñan los destinatarios de los servicios de salud al influir en la utilización de los servicios asistenciales y la dotación de profesionales sanitarios. El mismo delegado sugirió que en el documento se debería profundizar en la manera como los médicos, las enfermeras y demás profesionales de la salud participarían en el fortalecimiento de la capacidad y la competencia en la gestión de los recursos humanos a los niveles nacional, regional y local, ya que dejar de consultar a esos grupos acerca de los asuntos de interés para ellos comprometería la eficacia de las estrategias a nivel de país propuestas en el documento. Otro delegado sugirió que el documento debería concentrarse más en la función dual de los ministerios de salud como gestores del sector sanitario y como empleadores.

El Dr. Brito agradeció al Comité sus sugerencias, que se tendrían presentes al revisar el documento para el Consejo Directivo. La Organización reconocía que muchos países estaban afrontando problemas relativos a la estructura y la distribución del personal sanitario y con la migración de algunos profesionales. La profesión de enfermería se había visto muy afectada. La OPS concedía mucha importancia al desarrollo de la enfermería y estaba tratando de ayudar a los países en ese sentido. Asimismo, la Organización estaba

muy interesada en mejorar la salud y las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud. La División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud estaba trabajando con la División de Salud y Ambiente para preparar una propuesta conjunta de un programa para atender esa necesidad.

En lo referente a los comentarios acerca del Observatorio, explicó que se había establecido un plan de trabajo para cada país participante teniendo en cuenta las características nacionales y los problemas que había que resolver en cada caso. La iniciativa también tenía un componente regional dedicado a mejorar la disponibilidad de información sobre las publicaciones relativas a la gestión de los recursos humanos. Se estaban llevando a cabo dos estudios y en breve iban a comenzar dos más. Uno era sobre las repercusiones de los sistemas de incentivo en los servicios sanitarios. En otro, se estaban evaluando las experiencias en capacitación en el servicio en los países en función de la reforma sanitaria. En el tercero, se examinaría las consecuencias en la gestión de los recursos humanos de los cambios “paradigmáticos”, como la descentralización y la autogestión de los hospitales. En el cuarto estudio se explorarían la situación y las tendencias con respecto a los nuevos planes de contratación de personal sanitario.

Otro componente importante del Observatorio era el apoyo a las actividades de capacitación. La OPS había estado trabajando con varios países en la capacitación descentralizada para los recursos humanos y también había elaborado un programa de educación a distancia sobre gestión de recursos humanos por Internet. En cuanto a la participación de los profesionales sanitarios en el Observatorio, no solo era una estrategia para mejorar la capacidad institucional y la base de información para la toma de decisiones, sino también un foro para deliberar y lograr el consenso sobre las políticas. Una parte esencial del Observatorio era la formación de grupos interinstitucionales, en los que colaboraban profesionales de la salud. En los países participantes, las asociaciones de profesionales y de otros trabajadores sanitarios estaban interviniendo activamente.

El Director observó que el problema de la “fuga de cerebros”, o la migración del personal sanitario, estaba empeorando con la intensificación del proceso de globalización. Los profesionales de la salud estaban trasladándose constantemente, no solo de los países en desarrollo a los desarrollados, sino también entre países en desarrollo. Más aún, algunos países parecían estar resignados a aceptar como inevitable este comercio de personal sanitario y a sacarle provecho como fuente de ingresos. A juicio del orador, la única solución parcial consistía en buscar otra forma de reorganizar los servicios y aplicar las aptitudes de los profesionales en esos servicios. Evidentemente, el dinero no era la respuesta, puesto que los países pobres no podían pretender competir con los sueldos que ofrecían los países ricos. El Observatorio daría la oportunidad de intercambiar experiencias y soluciones satisfactorias acerca de la manera de asignar y utilizar los

recursos humanos. Alentó a los países a participar plenamente en el Observatorio, ya que mientras más se empeñaran en recoger información útil, más beneficios obtendrían.

El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE128.R3.

***Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas (documentos CE128/9 y CE128/9, Add.I)***

El Dr. Fernando Zacarías (Programa del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y Enfermedades de Transmisión Sexual, OPS) examinó algunas estadísticas recientes de la infección por el VIH/SIDA en las Américas y otras partes del mundo. La tasa de infección por el VIH en las personas de 15–49 años era de cerca de 1 por 200 en América del Norte y América Latina y de cerca de 1 por 50 en el Caribe, pero la tasa variaba mucho de un país a otro y dentro de los mismos. La transmisión continuaba a niveles bajos en varios países (por ejemplo, Bolivia, Nicaragua y Paraguay). En la mayor parte de los países, la transmisión se concentraba en las poblaciones con comportamientos de alto riesgo, como los hombres que tenían relaciones sexuales con otros hombres y los usuarios de drogas inyectables. Sin embargo, en unos pocos países (como Haití, Honduras y varios países del Caribe de habla inglesa) la infección se había generalizado y estaba propagándose en la población heterosexual. En el Caribe de habla inglesa, en 1995, la infección por el VIH/SIDA era la causa principal de muerte en hombres y mujeres de 25–44 años.

La OPS seguía colaborando con los Estados Miembros en cuestión de políticas, planificación, gestión mejorada, vigilancia epidemiológica, prevención, comunicación social, atención integral y prevención, y control de las infecciones de transmisión sexual (ITS). El fortalecimiento de las respuestas nacionales generales a la infección por el VIH/SIDA y las ITS era una meta primordial. La experiencia había demostrado que el éxito de la respuesta nacional al SIDA exigía una dirección nacional firme y un compromiso serio, la capacidad de movilizar recursos y la creación de asociaciones y alianzas estratégicas, incluidas las alianzas subregionales. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y mecanismos como el Grupo de Colaboración Técnica Horizontal estaban fomentando un enfoque amplio. El Plan Estratégico Pancaribeño de Prevención y Control del VIH/SIDA y las ITS constituía un ejemplo de cooperación subregional. La OPS estaba colaborando con los países para proporcionar mejor información a los encargados de adoptar las decisiones mediante la vigilancia de la infección por el VIH/SIDA y las ITS y el establecimiento de redes epidemiológicas para el intercambio de información entre países.

La estrategia “Paso a paso”, elaborada por la OPS, admitía que los niveles de atención a los que tenían acceso los pacientes con SIDA diferirían en función de los recursos del país, los cuales sería preciso que se fueran acumulando con el tiempo. Una mejor atención no solo significaba acceso a los medicamentos antirretrovíricos, sino a otras

medidas, como la prevención de las infecciones oportunistas y una mejor nutrición. Con respecto a la prevención, un elemento indispensable era la promoción de la salud sexual, que implicaba tener consciencia de los riesgos y comprenderlos y fomentar las medidas de protección, como el uso de condones.

Refiriéndose al 26.º período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, que había coincidido con la 128.ª sesión del Comité Ejecutivo, el Dr. Zacarías dijo que uno de los resultados más importantes había sido la adopción de una declaración cuyo texto era aceptable para los participantes en conjunto — gobiernos, ONG, las personas que viven con el SIDA y otros— que no obstante podría llevar a la acción basada en las necesidades disímiles, los modelos culturales y los recursos de cada país. Creía que las deliberaciones que culminaron en la declaración, que habían abarcado consideraciones normativas y técnicas, ayudarían a encauzar las mejoras en las respuestas nacionales a la infección por el VIH/SIDA.

El Comité expresó su agradecimiento a la OPS por su permanente posición de vanguardia en la respuesta regional a la infección por el VIH/SIDA. Se solicitó de la Organización que siguiera colaborando estrechamente con otros organismos de las Naciones Unidas empeñados en la lucha contra el SIDA y a que contribuyera activamente a lograr las metas de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA adoptada en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, el 27 de junio de 2001. Se instó a los países a que enfocaran el SIDA como un problema regional y a que se solidarizaran, con la asistencia de la OPS. Varios delegados informaron sobre los programas nacionales contra el SIDA en sus países. El establecimiento de alianzas con asociados internos y externos, la vigilancia epidemiológica y las iniciativas legislativas para la defensa de los derechos humanos, la seguridad hematológica y otros temas eran elementos indispensables de sus programas.

La prevención se consideraba el pilar de los programas contra el VIH. Algunos delegados opinaron que la OPS debía hacer más hincapié en las actividades de prevención y en la primacía de la prevención en la lucha contra la infección por el VIH/SIDA. Sin embargo, otros recalcaron que, si bien las actividades de prevención eran esenciales y eficaces en función de los costos, también habría que considerar la calidad de vida y los derechos humanos de las personas infectadas. Se señaló que el costo de los medicamentos antirretrovíricos estaba fuera del alcance de casi todos los países, lo cual creaba una situación de desigualdad. Por consiguiente, algunos delegados opinaron que velar por que los países tuvieran acceso a esos medicamentos debía ser una meta de la Organización. Recalcaron que se tendría que lograr un equilibrio entre la preferencia que se daba al control, la prevención y la promoción de la salud, por un lado, y el tratamiento, por el otro.

Los ensayos e investigaciones acerca de la vacuna se consideraban decisivas para la solución a largo plazo del problema del SIDA; sin embargo, había acuerdo acerca de que, a corto plazo, los países y la OPS deberían dedicarse a reforzar los mensajes de prevención y a invertir en la atención, el tratamiento y el apoyo a las personas infectadas. Varios delegados recalcaron la necesidad de fortalecer los servicios de salud para que pudieran llevar a cabo sus tareas esenciales a fin de velar por un suministro de sangre sin riesgos, ayudar a prevenir la transmisión de madre a hijo, y proporcionar atención apropiada a las personas con la infección por el VIH/SIDA, incluidos los medicamentos antirretrovíricos. Se exhortó a la Organización a que le brindara más asistencia al Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) para que pudiera seguir prestando servicios clínicos de laboratorio y vigilancia para la infección por el VIH/SIDA.

El costo del tratamiento —especialmente de los antirretrovíricos— fue mencionado por varias delegaciones como una preocupación grave. Varios delegados pidieron una intervención regional e internacional para mejorar la disponibilidad de los medicamentos para el SIDA a un costo reducido. Se le pidió a la OPS que colaborara definiendo un protocolo para la compra de medicamentos antirretrovíricos para Centroamérica. Con relación a este tema, el Delegado de Cuba informó que su país estaba fabricando seis medicamentos antirretrovíricos y proporcionándolos gratis a los pacientes con SIDA en su territorio; el año próximo fabricaría 12 medicamentos.

El Comité opinó que el documento debía abordar otros temas, como la tuberculosis y la coinfección por el VIH, los derechos humanos y la estigmatización de las personas que viven con la infección por el VIH/SIDA, la ampliación de las estrategias eficaces para combatir la transmisión de madre a hijo, y los asuntos de género de la epidemia, por ejemplo, la carga inequitativa de la atención en detrimento de las mujeres. En lo referente a la transmisión de madre a hijo, se le pidió al Dr. Zacarías que aclarara las recomendaciones de la OPS sobre la lactancia natural en el caso de las madres VIH-positivas. También se consideró importante difundir más información sobre las experiencias y las medidas de los países para la modificación de comportamientos y la disminución de las repercusiones de la epidemia en los individuos, las familias y las comunidades. Se señaló que el documento preparado para el Consejo Directivo debía tratar la función de la OPS y sus planes en relación con las resoluciones de la Declaración de compromiso adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas. En particular, la opinión era que la OPS debía pronunciarse firmemente acerca del uso de los antirretrovíricos en el contexto de los tratamientos y opciones de atención en conjunto y como contrapeso a las actividades de prevención. También se sugirió que habría que prestar más atención en el documento a las intervenciones que no fueran la administración de medicamentos antirretrovíricos, como el tratamiento de las infecciones oportunistas y los cuidados paliativos.

El observador de la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica (COLABIOCLI) ofreció el apoyo continuo de esta para garantizar un suministro de sangre sin riesgos mediante cursos de capacitación a distancia para el personal de los bancos de sangre y los laboratorios. El observador de la Unión Latinoamericana contra las Enfermedades de Transmisión Sexual (ULACETS) expresó el apoyo de su organización a la resolución sobre el SIDA y advirtió que no había que bajar la guardia en la Región contra las infecciones de transmisión sexual.

Respondiendo a las observaciones de los delegados, el Dr. Zacarías informó que su programa estaba trabajando con el programa regional de la OPS contra la tuberculosis para organizar una consulta sobre la ampliación del apoyo a los países para la gestión de la coinfección por bacilo tuberculoso y VIH. La OPS también había publicado normas sobre el particular. La Organización estaba colaborando con otros organismos regionales de las Naciones Unidas por medio de un grupo interinstitucional que se reunía periódicamente para intercambiar experiencias. La OPS se comprometía a seguir un enfoque regional en la lucha contra la epidemia y a ayudar a los países a que colaborasen unos con otros.

En lo que se refería a los antirretrovíricos, la Organización estaba participando en una evaluación técnica para elaborar un protocolo de tratamiento con seis o siete medicamentos. El resultado sería un consenso técnico sobre los medicamentos antirretrovíricos más importantes, pero los países tomarían sus propias decisiones acerca de los medicamentos más apropiados para sus programas nacionales de atención. La OPS también estaba colaborando con los países centroamericanos para que elaboraran un protocolo común. La Organización era consciente de la función trascendental de los antirretrovíricos, pero le preocupaba que insistir en la farmacoterapia pudiese eclipsar la atención integral que precisa el método “Paso a paso”.

En respuesta a la pregunta sobre la lactancia materna, el Dr. Zacarías dijo que la OPS apoyaba las normas de la OMS para la lactancia natural en el caso de las madres infectadas por el VIH, que recomendaban la lactancia materna si no se contaba con un sucedáneo de la leche materna. Sin embargo, en las Américas se debía hacer todo lo posible por proporcionar sucedáneos de la leche materna a los hijos de las mujeres que ya tenían el diagnóstico de infección por el VIH. La OPS y la OMS estaban trabajando para fortalecer la capacidad de los servicios de salud de hacer frente al SIDA y estaban planificando una reunión sobre ese tema. El funcionario puso de relieve el éxito de Cuba en materia de prevención, no solo de la transmisión del VIH de madre a hijo, sino también de la sífilis congénita, como ejemplo de lo que los servicios sanitarios podrían lograr. Finalmente, aplaudió la labor importante de la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica en el mantenimiento del suministro de sangre sin riesgos.

El Director informó que la Organización no había podido negociar las adquisiciones de medicamentos antirretrovíricos mediante un fondo estratégico, como se había propuesto en la 126.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo, debido a la falta de cooperación de las empresas farmacéuticas. Las empresas se habían negado a considerar un plan común de fijación de precios para los países de las Américas y habían insistido en la negociación de los precios con cada país y en el establecimiento de sus propias normas para reducir los precios. Sin embargo, la OPS había podido cumplir su compromiso de compartir la información de fijación de precios de los medicamentos, con apoyo del Gobierno de Brasil. El sitio en la Web de la OPS contenía información facilitada voluntariamente por los Estados Miembros sobre los precios que ellos habían pagado por los antirretrovíricos. La presentación abierta de esa información ayudaría a otros países en sus negociaciones con las empresas farmacéuticas y conduciría a precios más homogéneos y predecibles. La Organización seguiría tratando de planear un método colaborativo de adquisición de medicamentos y daría su apoyo a los acuerdos subregionales con las empresas farmacéuticas.

En una iniciativa afín, la OPS estaba asesorando a los países sobre los protocolos de tratamiento comunes que podían aplicar, puesto que se necesitaba un protocolo preciso para determinar las cantidades de determinado medicamento que había que adquirir. La OPS seguiría ayudando a los países a establecer protocolos apropiados y otras estrategias comunes con respecto a los fármacos empleados para combatir el SIDA. El Director también reconocía la importancia de la inocuidad hematológica y la continua amenaza de las transfusiones contaminadas en la Región, a pesar de los adelantos que se habían logrado.

El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE128.R16.

### ***Prevención y control del dengue (documento CE128/15)***

El Dr. Jorge Ramón Arias (Asesor Regional de Enfermedades Transmisibles, OPS) informó sobre la situación del dengue en la Región y describió el plan detallado de acción propuesto por la OPS para la prevención y el control de la enfermedad. Como resultado de los esfuerzos por eliminar *Aedes aegypti* que comenzaron en los años treinta, en los años setenta el vector se había desterrado prácticamente de todos los países. A la fecha, sin embargo, la situación era peor que en los años treinta. Las tasas de infestación de *Aedes aegypti* eran sumamente altas, los cuatro serotipos del virus del dengue estaban circulando en las Américas y se había registrado un ascenso constante en la incidencia del dengue desde principios de los años noventa. La OPS estaba especialmente preocupada por el aumento de los casos de la forma hemorrágica de la enfermedad. Casi todos los países de la Región estaban notificando casos de dengue hemorrágico y, si no se adoptaban medidas inmediatas, se corría el grave riesgo de que el dengue hemorrágico se convirtiera en una

enfermedad tan endémica en las Américas como en Asia, donde algunos países notificaban cientos de miles de casos cada año. Una inquietud afín, ya tratada por el Comité Ejecutivo, era la amenaza de la reurbanización de la fiebre amarilla, de la que *A. aegypti* también era el vector.

La solución era reducir las fuentes del vector y, si fuera posible, eliminar *Aedes aegypti*. En el documento se esbozaban estrategias para controlar el mosquito y de ese modo reducir la incidencia del dengue en la Región. La condición más importante para que un programa de prevención y control del dengue tuviera éxito era el compromiso político, acompañado de la inversión de los recursos necesarios. La actuación intersectorial también era esencial. Se sabía por experiencia que el control eficaz del dengue no sería posible sin medidas e intervenciones intersectoriales para reducir la densidad del vector, eliminar los criaderos, llevar a cabo el rociamiento apropiado y eficaz de insecticida, conseguir apoyo legislativo al control del dengue, y educar al público acerca de la importancia del vector. En el documento también se mencionaban los componentes indispensables para aumentar los programas eficaces de control del dengue y los ámbitos en los que la OPS estaba centrando su cooperación técnica.

El Comité Ejecutivo estuvo de acuerdo en que el dengue era un grave problema que merecía cada vez más atención de los países y la Organización. Se alentó a la Oficina a que incorporara en su plan estratégico la prevención y el control del dengue como un campo de actividad de la mayor importancia para el próximo cuatrienio. El Comité apoyó el plan detallado de acción presentado en el documento, recalcando la necesidad de un enfoque integral que incluyera la reducción de fuentes, el uso apropiado de insecticidas, la participación comunitaria, la educación y la comunicación sanitarias, y, sobre todo, la acción intersectorial. Se señaló que el dengue estaba relacionado con otros problemas objeto de las deliberaciones del Comité que también exigían coordinación intersectorial, en particular el agua y el saneamiento. Un delegado sugirió que, para ilustrar la importancia de un enfoque intersectorial, sería útil que la Oficina proporcionara ejemplos concretos de los casos en los que un abastecimiento mejor de agua y la gestión de los residuos sólidos habían prevenido o controlado la propagación del dengue. También se recalcó la necesidad de movilizar los recursos de los donantes para controlar el dengue, así como la necesidad de evaluar la eficiencia y la eficacia de las medidas adoptadas a fin de demostrarles a los donantes que su inversión se justificaba.

El Delegado de Cuba objetó una afirmación en el documento de que en su país se había presentado una epidemia de dengue en 2000. En realidad, sólo habían aparecido 138 casos en una zona circunscrita de La Habana, y la situación se había resuelto mediante una respuesta multisectorial que se había basado en el aislamiento de pacientes, la eliminación de criaderos, la fumigación para destruir los mosquitos adultos y el saneamiento ambiental intensivo. El representante de la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica

insistió en la importancia de los laboratorios en el control del dengue y preguntó acerca de las medidas que estaba poniendo en práctica la OPS para cerciorarse de que los laboratorios de salud pública tuvieran los recursos que necesitaban para detectar los diversos serotipos y garantizar el diagnóstico exacto de la enfermedad. El representante del BID informó que el Banco estaba apoyando las actividades de control del dengue mediante el financiamiento de las campañas de comunicación y educación dirigidas a promover el cambio de comportamiento mediante un proyecto para fortalecer la vigilancia epidemiológica en Centroamérica. El Banco esperaba ampliar en el futuro ese proyecto a otras regiones.

El Dr. Arias aseguró al Comité que la Organización estaba plenamente de acuerdo con la importancia indiscutible de la acción intersectorial para la prevención y el control del dengue. La acción intersectorial, la participación comunitaria y la educación y comunicación sanitarias dirigidas a la modificación del comportamiento eran los pilares del método que promovía la OPS. El ordenamiento del medio era también una condición básica. Una parte esencial del control del dengue que no había mencionado explícitamente en su intervención era la notificación de casos. Para mejorar el intercambio de información entre países, la Organización estaba recomendando la adopción de la notificación normalizada de casos: casos clínicos, casos confirmados por el laboratorio, casos de dengue hemorrágico, defunciones por el dengue hemorrágico o síndrome de choque del dengue y serotipos detectados. En lo que se refiere a la asistencia de los laboratorios, aunque la OPS no tenía los recursos para proporcionar suministros directamente a los laboratorios, estaba colaborando estrechamente con dos centros de referencia en la región—uno en Puerto Rico y el otro en Cuba— para fortalecer la capacidad de los laboratorios e impartir capacitación al personal de laboratorio. Con respecto a la observación del Delegado de Cuba, el éxito del país en controlar la situación tan rápidamente demostraba la eficacia del tipo de enfoque integral propugnado por la Organización. Es más, como resultado de pruebas serológicas extensas, Cuba había proporcionado información enormemente valiosa para calcular el número probable de casos asintomáticos durante una epidemia.

El Director expresó su admiración por Fred Soper, ex Director de la Oficina, cuyas dotes de mando habían puesto más que nunca a las Américas en condiciones de llegar a eliminar *A. aegypti*. Había albergado la esperanza de seguir los pasos del Dr. Soper y ver el vector eliminado durante su mandato como Director. No obstante, según las estimaciones, costaría miles de millones de dólares hacerlo utilizando métodos tradicionales. Por consiguiente, se necesitaba un enfoque diferente, que hiciera hincapié en la modificación del comportamiento. Estaba firmemente convencido de que, mediante el enfoque múltiple descrito en el documento, sería posible lograr un cambio.

En el debate de la resolución sobre este tema, el Comité analizó la conveniencia de incluir una disposición exhortando al Director a dar mayor importancia al dengue y a asignar recursos a fin de afrontar el desafío planteado por el dengue, el dengue hemorrágico y la posible reurbanización de la fiebre amarilla. Algunos delegados opinaron que el efecto que surtiría ese texto sería el de dar a entender que el dengue tendría prioridad en la asignación de los recursos limitados de la Organización, en detrimento de otros desafíos sanitarios igualmente urgentes en la Región. Para evitar ese problema, el Comité decidió adoptar un texto alternativo sugerido por el Director, que aparece en el párrafo 2(f) de la parte dispositiva de la resolución CE128.R13. Con respecto a este análisis, se sugirió que, en alguna reunión futura, los Cuerpos Directivos examinaran el asunto del establecimiento de un orden de prioridades en el seno de la Organización.

### ***Salud mental (documento CE128/18)***

El Dr. José Miguel Caldas de Almeida (Coordinador, Programa de Salud Mental, OPS) informó al Comité que en 2001, por primera vez, la salud mental había sido el tema central de varios acontecimientos y actividades de la Organización Mundial de la Salud a lo largo del año, incluido el Día Mundial de la Salud, cuatro sesiones de la Asamblea Mundial de la Salud y el *Informe sobre la salud en el mundo 2001*. El mayor interés en la salud mental se debía en parte a que se había cobrado más consciencia de las consecuencias de los problemas de salud mental y su contribución a la carga mundial de morbilidad. Los trastornos mentales eran sumamente prevalentes y causa importante de discapacidad y muerte. La depresión, por ejemplo, había afectado a unas 20.000.000 de personas en las Américas en 1990 y se preveía que la cifra aumentara a 35.000.000 en 2010.

Otro factor que explicaba la mayor atención prestada a la salud mental era el de los importantes adelantos científicos en tratamientos y servicios nuevos y más eficaces de salud mental. Actualmente se contaba con nuevos tratamientos e intervenciones basados en pruebas para casi todas las personas que sufrían enfermedades mentales. Incluso, el establecimiento de servicios comunitarios integrales de salud mental había demostrado que los hospitales psiquiátricos no eran ni el único medio ni el mejor para tratar las enfermedades mentales. Los modelos que integraban la atención de salud mental con la atención primaria y dejaban que los pacientes permanecieran en la comunidad no solo eran preferidos por los pacientes y sus familias, sino más eficaces en función de los costos.

Sin embargo, a pesar de los adelantos, quedaba una brecha enorme entre lo que se estaba haciendo y lo que se podría hacer. En los países desarrollados y en desarrollo, millones de personas que sufrían enfermedades mentales seguían sin tener acceso al tratamiento eficaz, y la violación de sus derechos humanos seguía siendo frecuente. Aprovechando los logros pasados, como la Declaración de Caracas de 1990, y el impulso

creado por los acontecimientos y las actividades mencionados, la Organización y los Estados Miembros tenían una oportunidad sin precedentes en 2001 de progresar de manera consistente hacia el mejoramiento de la atención para las personas con enfermedades mentales. Los cuatro retos principales en el campo de la salud mental eran: 1) el aumento de la visibilidad y el valor de la salud mental; 2) la puesta en práctica de políticas y programas de salud mental concebidos por muchos países de la Región durante los años noventa; 3) la creación o revisión de las leyes sobre salud mental para proteger los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental, y 4) la reducción de la inequidad en la disponibilidad de los servicios de salud mental y el logro de la paridad de los servicios de salud mental con otros tipos de servicios sanitarios. En el documento se esbozaban varias acciones propuestas que podrían emprender los Estados Miembros y la Oficina para hacer frente a esos retos.

El Comité Ejecutivo convino en que los acontecimientos de 2001 brindaban una oportunidad singular para promover una mejor atención de la salud mental e instó a los Estados Miembros y a la Organización a aprovechar el impulso creado por esos acontecimientos para realzar la importancia de la salud mental. También se alentó a la OPS a trabajar en asociación con otros organismos interesados en la salud mental, como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT). El Comité expresó su apoyo a los enfoques tratados en el documento, a la atención comunitaria de la salud mental y, en particular, a la integración de los servicios de salud mental en los servicios de atención primaria. Los delegados subrayaron la necesidad de capacitar a los trabajadores sanitarios para que supieran reconocer el componente de salud mental de los problemas como la adicción y el abuso de sustancias y detectar los problemas de salud mental en los pacientes que acuden a los consultorios de atención primaria por otros motivos. Se encomiaron los esfuerzos de la OPS para aumentar la base de pruebas en materia de salud mental. Se señaló que una mejor base de pruebas ayudaría a promover la inversión necesaria en las actividades de salud mental.

El Comité recalcó la importancia de incorporar la salud mental en las actividades más amplias de promoción de la salud, por ejemplo, mediante programas de salud de los trabajadores. En este sentido, cabía observar que el documento se centraba demasiado en las enfermedades mentales y el tratamiento y no lo suficiente en la promoción de la salud mental y la elección de actividades concretas de promoción de la salud que mejoraran la salud mental. Se insistió en la necesidad de abordar los factores determinantes socioeconómicos, culturales, personales y familiares de la mala salud mental. Se señaló que mejorar la calidad de vida y crear entornos propicios en la comunidad producirían beneficios para la salud mental de los individuos, las familias y la sociedad en conjunto.

Los delegados también subrayaron que era preciso prestar más atención a los problemas de salud mental de los niños y adolescentes para prevenir dificultades a largo

plazo, que no solo afectarían a los individuos tratados, sino podrían tener consecuencias en la salud mental de generaciones futuras. Un delegado destacó la importancia de sensibilizar y educar a los padres y profesores para que detectaran los problemas de salud mental que a menudo son el origen de los problemas de comportamiento, incluidas la delincuencia y la violencia entre los jóvenes. Otro delegado observó que el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas para el seguimiento de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, programado para septiembre de 2001, brindaría una oportunidad excelente de aumentar la conciencia acerca de los temas de salud mental de los niños. Varios delegados subrayaron asimismo las necesidades especiales en materia de salud mental de las víctimas de desastres y desórdenes políticos, especialmente los niños y los jóvenes.

El Dr. Caldas de Almeida reconoció que era probable que el documento no diera suficiente prominencia a la promoción de la salud mental, pero que eso no significaba que la Organización desconociera su importancia extrema. Sin embargo, dadas las enormes diferencias en el acceso al tratamiento apropiado para los problemas de salud mental, era necesario encontrar un equilibrio entre la atención a la promoción de la salud mental y el tratamiento de las enfermedades mentales. La mejor manera de lograrlo, a su juicio, era creando servicios comunitarios de salud mental idóneos. Tales servicios ayudarían a promover la salud mental, además de proporcionar tratamiento a las personas con problemas mentales.

Considerando los recursos limitados disponibles para la atención de la salud mental en la mayor parte de los países, era importante concentrarse en invertir en intervenciones de promoción de la salud de eficacia comprobada y promover los estudios sobre la eficacia de las actividades de promoción de la salud mental. Del mismo modo, hacían falta estudios para encontrar los modelos idóneos para capacitar a los trabajadores de atención primaria en la detección y tratamiento de los problemas de salud mental. El intercambio de experiencias y la divulgación de información eran esenciales en ese sentido, y eran funciones primordiales para la OPS. Otra función fundamental de cooperación técnica para la Organización era ayudar a los países a tomar decisiones acerca del mejor aprovechamiento de los recursos existentes, esforzándose al mismo tiempo por promover una inversión más alta a fin de superar la falta de financiamiento de los servicios de salud mental que había prevalecido por muchos años. La OPS estaba también en condiciones favorables para ayudar a los países a resolver el problema de comorbilidad, ya que sus programas de salud mental y abuso de sustancias pertenecían a la misma división y colaboraban estrechamente.

El Director dijo que agradecía mucho las observaciones del Comité sobre la promoción de la salud y la salud mental. Algunos habían puesto en tela de juicio el que el programa de salud mental de la OPS perteneciera a la División de Promoción y Protección

de la Salud en lugar de a la División de Prevención y Control de Enfermedades. Había sido justamente porque las estrategias básicas de promoción de la salud (fomento de políticas públicas sanas, creación de entornos propicios, desarrollo de aptitudes personales, fortalecimiento de servicios comunitarios y reorientación de servicios sanitarios) se aplicaban tan apropiadamente a la salud mental.

Estaba convencido de que el tratamiento de los problemas de salud mental al nivel de atención primaria era correcto. No era preciso que los psiquiatras trataran todas las enfermedades mentales. Era esencial encontrar maneras de abordar al nivel de atención primaria los trastornos comunes de salud mental que afectaban a tantas personas y estaban produciendo tantas pérdidas económicas. Durante mucho tiempo, no se había admitido lo suficiente el costo enorme de la mala salud mental. Sin embargo, un creciente cúmulo de pruebas había puesto de manifiesto que, desde el punto de vista de los resultados en el mercado de trabajo, el costo de las enfermedades mentales era tan grande como el de las enfermedades físicas. Por lo tanto, había razones económicas y humanitarias de peso para invertir en programas beneficiosos de salud mental.

Se necesitaría tiempo para que la inversión en la salud mental alcanzara los niveles necesarios, pero entretanto había varios pasos que los países y la OPS podrían dar para mejorar la situación de las personas con problemas de salud mental. Uno de los más importantes era la promoción más dinámica de los cambios en las políticas públicas y de las políticas públicas sanas en el ámbito de la salud mental. La promoción a cargo de organizaciones como la OPS y sus contrapartes en los países era fundamental para que las personas con enfermedades mentales pudieran abogar por sí mismas. También habría que modificar la percepción que los ministerios de salud tenían de la importancia de la salud mental para que reasignaran los presupuestos en conformidad.

Los recursos propios de la Organización en materia de salud mental eran sumamente escasos, tanto en financiamiento como en personal. El funcionario dijo que esperaba que en el próximo bienio se pudiera encontrar la manera de dedicar al menos más recursos humanos al mejoramiento de la salud mental, que la OPS consideraba el último problema de salud pública importante que había que resolver satisfactoriamente en la Región.

El Comité aprobó la resolución CE128.R12.

### ***Informe sobre la Tercera Cumbre de las Américas (CE128/19)***

La Dra. Irene Klinger (Jefa, Oficina de Relaciones Externas, OPS) examinó los resultados de las Cumbres de las Américas y el trabajo de la OPS en relación con las mismas, centrándose especialmente en la Tercera Cumbre, celebrada en la ciudad de

Quebec, Canadá, del 20 al 21 de abril de 2001. La Organización había participado activamente en las tres Cumbres, procurando crear una mayor conciencia sobre la importancia de la salud y promover las prioridades de salud del continente.

La Cumbre de Miami, celebrada en 1994, le había asignado a la OPS una función fundamental en la Iniciativa 17, el “Acceso equitativo a los servicios básicos de salud”, que se habían concentrado en la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), la reducción de la mortalidad materna, la eliminación del sarampión, la reforma del sector de la salud y la prevención y el control de la infección por el VIH/SIDA. En la Segunda Cumbre de las Américas, que tuvo lugar en Santiago, Chile, en 1998, la OPS recibió el encargo de elaborar y poner en práctica la iniciativa “Tecnologías de salud uniendo a las Américas”, que comprendía cuatro elementos: el acceso más amplio a medicamentos y vacunas de buena calidad; el fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia; el mejoramiento del acceso y la calidad del agua y la infraestructura sanitaria; y la evaluación de tecnología. Se había logrado avanzar hacia las metas de las Cumbres de Miami y Santiago, muchas de las cuales exigían medidas a largo plazo, y se seguía trabajando. En el documento se describían algunas de las actividades realizadas.

La Tercera Cumbre de las Américas había adoptado una Declaración y un Plan de Acción en el cual los líderes políticos de la Región habían afirmado su compromiso a consolidar la democracia y reducir la pobreza y la inequidad, además de sentar las bases para la adopción del Acuerdo de Libre Comercio de las Américas en 2005. La salud y los asuntos relacionados con la misma se habían destacado en la Declaración y en el Plan de Acción. La Declaración, por ejemplo, contenía referencias directas a la importancia de la salud en el desarrollo humano y al logro de los objetivos políticos, económicos y sociales. El Plan de Acción incluía compromisos relacionados con la reforma del sector de la salud, las enfermedades transmisibles, las enfermedades no transmisibles y la conectividad, que había sido un tema intersectorial en la Cumbre. El documento describía los campos de trabajo afines a cada uno de esos cuatro componentes. La OPS seguiría trabajando para destacar la salud como una prioridad en el proceso de la Cumbre, movilizar el compromiso político y financiero de seguir adelante con los mandatos de la Cumbre, promover la equidad y el panamericanismo y prepararse para la próxima Cumbre de las Américas, que se efectuaría en Argentina, en 2005.

El Comité encomió a la OPS por haber logrado que el tema de la salud siguiera formando parte del temario de las Cumbres de las Américas y la alentó a que siguiera procurando realzar la importancia de la salud en otras reuniones internacionales. El Comité también recibió con beneplácito los compromisos contraídos por otras instituciones financieras como el Banco Mundial y el BID para apoyar la ejecución del Plan de Acción de la Tercera Cumbre, y subrayó la importancia de la coordinación y la

acción conjunta de las instituciones internacionales participantes para alcanzar las metas de las Cumbres. Se señaló que, además del financiamiento, se necesitaría fortalecer la capacidad a nivel nacional para sostener el impulso creado por las Cumbres y llevar a cabo sus mandatos. El fortalecimiento de la capacidad de acción nacional se consideraba una función esencial de la OPS. A la Organización también se le pidió que proporcionara orientación sobre lo que se esperaba de los países en lo que se refiere a informar sobre la ejecución de los planes de acción de la Cumbre. Se observó la necesidad de que la información fuera uniforme y comparable.

Con respecto concretamente a la Cumbre de Quebec, el Comité opinó que el Plan de Acción y la Declaración reflejaban debidamente la importancia de la salud. Varios delegados observaron que las prioridades de salud que comprendía el Plan de Acción correspondían estrechamente a las prioridades ya determinadas por los Estados Miembros de la Organización. Un delegado señaló que, aunque el SIDA quizás había sido el centro de atención de las deliberaciones de la Cumbre en materia de salud, por primera vez el control del consumo del tabaco se había incluido en un plan de acción de la Cumbre, lo cual impulsaría más el proceso de negociación del Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica. Esto se había realizado en gran parte gracias a los esfuerzos de la OPS y el Gobierno de Canadá. El agrupamiento de los temas de salud en cuatro esferas principales también se consideró un paso positivo que ayudaría a los líderes políticos a comprender mejor la manera como la salud contribuye al progreso y desarrollo de los países.

El representante del BID reafirmó el apoyo del Banco al Plan de Acción de la Tercera Cumbre y su compromiso con la coordinación de sus esfuerzos con los de otras organizaciones multilaterales y bilaterales en materia de salud. Con la OPS y el Banco Mundial, sus asociados en la Agenda Compartida para la Salud en las Américas, el BID había celebrado periódicamente las reuniones de coordinación de los temas de la agenda compartida y estaba colaborando con la OPS también en otros campos. Con respecto a los planes concretos para apoyar las decisiones de la Cumbre, aunque el BID actualmente contaba con menos recursos para financiar proyectos mediante subvenciones que en el pasado, el Presidente del BID, Enrique Iglesias, acababa de introducir varias innovaciones con miras a aumentar la disponibilidad de fondos para iniciativas sociales, en particular las que resultaran del proceso de la Cumbre. Una era la creación de un nuevo fondo conjunto cofinanciado por la Unión Europea y el BID para proyectos piloto sobre conectividad en programas sociales. El BID buscaría mecanismos similares para apoyar el trabajo en las otras tres esferas sanitarias de la Tercera Cumbre.

La Dra. Klinger aseguró a los delegados que la OPS se comprometía a velar por que la salud siguiera ocupando un lugar destacado en las conversaciones de los líderes políticos del continente. Asimismo, la Organización estaba trabajando con los países y sus asociados bilaterales y multilaterales en la búsqueda de financiamiento para realizar las

actividades ordenadas por las Cumbres. La funcionaria dijo estar de acuerdo en que las prioridades determinadas en las Cumbres concordaban estrechamente con las prioridades nacionales y regionales. Era precisamente debido a esa vinculación de las prioridades que los países y la OPS habían logrado cumplir con tanto éxito los mandatos de la Cumbre. En cuanto a informar sobre la ejecución del Plan de Acción, la OPS trataría de crear algún mecanismo o método que garantizara que la producción de la información para las Cumbres no representara una carga de notificación adicional para los países.

El Director opinó que sería un fracaso de la Oficina pedirles a los países nuevos datos en relación con los mandatos de las Cumbres, puesto que la información sobre los temas de salud que formaban parte del proceso de la Cumbre ya se estaba recogiendo. No había sido necesario pedir a los países información adicional antes de la Cumbre de Quebec, y les aseguraba que no habría ninguna necesidad de presentar más informes, al menos en el campo de la salud, con respecto a esas Cumbres o a las futuras.

Había estado muy complacido con la prominencia de la salud en el orden del día de la Tercera Cumbre y creía que se estaban logrando avances definitivos con respecto a persuadir a los líderes políticos de la importancia de la salud para el desarrollo y crecimiento económicos de los países. Las Cumbres también les habían dado a los líderes la oportunidad de informar sobre sus éxitos, como la erradicación de la poliomielitis, que había sido sumamente importante. Las Cumbres de las Américas, las Cumbres Iberoamericanas y otros foros en los cuales se reunían los jefes de Estado redundaban incluso en beneficios concretos para la salud en cuanto a la voluntad política y la asignación de recursos. Varios países habían asignado más fondos extrapresupuestarios a las esferas que eran objeto de mandatos de las Cumbres, y la Organización estaba convencida de la voluntad de los países de dedicar más recursos a alcanzar las metas de la Tercera Cumbre. Sin embargo, deseaba que quedara bien claro que cualquier financiamiento extrapresupuestario que recibiera la OPS se aplicaría por igual a los 38 países de las Américas, sin distinción. Aunque algunos de sus Estados Miembros no habían participado ni en las Cumbres de las Américas ni en otras reuniones internacionales, en lo que a la Organización concernía los países eran iguales desde el punto de vista de la salud.

El Comité agradeció a la Oficina la presentación del informe, pero no consideró necesario aprobar una resolución sobre este punto (decisión CE128[D5]).

***Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud para el período 2003-2007 (documento CE128/20)***

La Dra. Karen Sealey (Jefa, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica, OPS) puso al corriente al Comité sobre el progreso de la Oficina en la elaboración del plan

estratégico que orientaría su trabajo en 2003–2007. Primero proporcionó algunos antecedentes de la planificación estratégica en la OPS, señalando que la Organización tenía una historia larga de planificación a largo alcance, que se remontaba a 1984. Aunque en un principio los marcos de planificación aprobados por los Cuerpos Directivos habían incorporado metas y estrategias para los países y para la Oficina, desde 1995 se habían centrado concretamente en el trabajo de la Oficina para apoyar a los países. El Director, al comienzo de su segundo período, había puesto en claro que una de sus prioridades sería hacer la planificación de la OPS más estratégica y dinámica.

Varios estudios sobre las orientaciones estratégicas y programáticas (OEP) actuales habían revelado algunas deficiencias en el proceso de planificación y sugerido diversas maneras de modificar el próximo plan estratégico. Entre otros resultados, esos análisis habían indicado que las OEP, aunque eran un marco útil, en realidad no estaban guiando el trabajo de la Oficina y que la visión institucional no era explícita o no la compartía el personal. Una evaluación del Auditor Externo, en 1999, había realzado la necesidad de contar con indicadores de desempeño. Otro estudio había revelado que la armonización del presupuesto bienal por programas con las OEP debía vigilarse de forma más sistemática. Los estudios y las evaluaciones en conjunto apuntaban hacia la necesidad de un proceso de planificación que le permitiría a la Oficina formular y poner a prueba políticas y estrategias centradas en el futuro.

El proceso de planificación estratégica se percibía como un cometido continuo centrado en el futuro, haciendo hincapié en la participación integral, las dotes de mando y la continuidad, y como una herramienta que llevara a convertir los mandatos y las apreciaciones en acción. Además de producir el plan estratégico para 2003–2007, el proceso procuraría aumentar la capacidad de previsión y planificación estratégica de la Organización. También incorporaría el desarrollo institucional con miras al fortalecimiento de la capacidad de la Oficina de tener un desempeño más eficiente y eficaz en el lograr de los objetivos estratégicos. El punto de partida del proceso sería la aclaración de los valores, la visión y la misión de la Oficina. A continuación, se efectuaría una evaluación del entorno interno y externo que conduciría a la detección de problemas y objetivos estratégicos y a la formulación de estrategias para lograrlos. Los mandatos que se habían señalado a la OPS también se incorporarían al proceso de planificación. El plan estratégico estaría vinculado al presupuesto bienal por programas y permitiría la medición del progreso con el transcurso del tiempo. Además, se fortalecería el componente de evaluación, uno de los puntos débiles detectado en los estudios ya mencionados.

Los logros hasta la fecha incluían la formación del Grupo de Trabajo de Planificación Estratégica, integrado por 21 personas provenientes de unidades técnicas y no técnicas y de todos los niveles de la Organización. El proceso de definir los valores, la visión y la misión había terminado, al igual que la fase inicial del análisis del entorno

interno y externo y la evaluación y el diagnóstico institucionales preliminares rápidos. Los próximos pasos serían la selección de los problemas estratégicos y los campos técnicos importantes, lo que ocurrirían en agosto de 2001, y el establecimiento de los objetivos estratégicos y las medidas de desempeño, en octubre de 2001, a tiempo para la Reunión de Gerentes de la OPS de ese mes. Una versión preliminar del plan estratégico estaría lista en diciembre de 2001 y se presentaría al Gabinete del Director para su consideración, en enero de 2002, al Subcomité de Planificación y Programación en marzo, y al Comité Ejecutivo en junio de ese año. La versión final sería examinada por la Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre de 2002.

El Comité expresó su agradecimiento a la Oficina por mantener a los Estados Miembros informados de los adelantos logrados en el proceso de planificación estratégica. Los delegados opinaron que el enfoque de planificación estratégica era racional y que el proceso ayudaría a resolver los puntos débiles detectados por el Auditor Externo y en los otros estudios mencionados por la Dra. Sealey. Se ensalzó, en particular, la incorporación de los indicadores de desempeño. Se señaló que esos indicadores serían una herramienta valiosa para asignar un orden de prelación, que era sumamente importante dadas las limitaciones presupuestarias. Aunque el Comité reconoció que el plan estratégico estaba destinado a guiar la labor de la Oficina, señaló que el proceso de planificación en última instancia también beneficiaría a los países. Varias delegaciones invitaron a la Dra. Sealey a que visitara sus países para examinar el proceso en más detalle. Se le pidió a la Dra. Sealey que profundizara en la manera como los Estados Miembros y otros interesados directos externos participarían en el proceso y en los planes de la Oficina para abordar cuestiones tales como la vigilancia de la armonización del plan estratégico con el presupuesto bienal por programas. También le pidieron que proporcionara más detalles acerca del carácter y la composición del Grupo de Trabajo de Planificación Estratégica.

La Dra. Sealey explicó que el Grupo de Trabajo de Planificación Estratégica era un grupo interno que trabajaba con la Oficina de Análisis y Planificación Estratégica (DAP) para elaborar el plan estratégico. Los miembros representaban una combinación amplia de disciplinas y habían sido seleccionados por su capacidad analítica y su experiencia anterior en planificación estratégica. En lo que se refiere a la participación de los países en el proceso de planificación estratégica, recordó que en la sesión del SPP, en marzo, se había sugerido que la Oficina encontrara una manera de reunir una muestra representativa de representantes de los países para obtener sus puntos de vista con relación al plan estratégico. Ella estaba muy receptiva a la idea y hablaría con el Director sobre la manera y el momento de organizar dicha reunión antes de presentar la versión preliminar del plan al SPP. Una posibilidad era utilizar la tecnología de las comunicaciones electrónicas para esa finalidad, si el tiempo y los recursos eran limitados. En cuanto a la participación de otros interesados directos en el proceso, en el análisis inicial del entorno externo, DAP había consultado con varios organismos latinoamericanos y expertos en el campo del desarrollo social.

Considerando la armonización del presupuesto bienal por programas con el plan estratégico, la Oficina consideraba que una nueva versión del software usado en el proceso de programación facilitaría la codificación de las actividades por los componentes de las OEP actuales y el plan estratégico futuro, a fin de reflejar mejor los vínculos entre la programación y la planificación estratégica. Por último, agradeció a los delegados sus invitaciones a presentar el proceso de planificación estratégica en sus países. En su opinión, la experiencia sería mutuamente beneficiosa, no solo porque la Oficina estaría incluyendo a los interesados directos, sino también porque podría aprender de la experiencia en planificación estratégica que le ofreciera el personal de los países.

El Comité Ejecutivo tomó nota del informe, pero no consideró necesario aprobar una resolución sobre este punto (decisión CE128[D10]).

#### **Asuntos administrativos y financieros**

##### ***Informe sobre la recaudación de las cuotas (documentos CE128/21 y CE128/21, Add. I)***

El Sr. Mark Matthews (Jefe, Departamento de Presupuesto y Finanzas, OPS) informó que, al 31 de diciembre de 2000, la recaudación de las cuotas había ascendido a \$75,3 millones, de los cuales \$43,6 millones habían representado el pago de las cuotas de 2000, y \$31,7 millones habían correspondido a años anteriores. El 1 de enero de 2001, el total de los pagos atrasados de años anteriores al 2001 había sumado \$56,7 millones. Los pagos recibidos entre el 1 de enero y el 18 de junio de 2001 habían representado 61% de ese total, con lo cual el total de pagos en mora había descendido a \$22,2 millones, por comparación con \$22,0 millones y \$20,9 millones de mora en las fechas correspondientes de 2000 y 1999, respectivamente. Entre el 18 de junio y la apertura de la sesión del Comité, la Organización había recibido pagos adicionales de cuatro países, con lo cual la mora se había reducido aún más en una cifra por arriba de los \$686.000.

Considerando la recaudación de las cuotas para 2001, 11 Estados Miembros habían liquidado la totalidad de sus contribuciones, 5 habían efectuado pagos parciales y 23 no habían efectuado ningún pago. Las recaudaciones representaban 32% de las cuotas señaladas para el año en curso; las cifras correspondientes eran de 27% en 2000, 25% en 1999 y 25% en 1998. En conjunto, la recaudación de los pagos atrasados y las cuotas señaladas para el 2001 sumaban \$61,5 millones, por comparación con \$47 millones en 2000 y \$45 millones en 1999. La información detallada sobre las obligaciones de pago de cuotas por los Estados Miembros y la recaudación y aplicación de los pagos de cuotas hasta el 18 de junio de 2001 se incluía en los anexos A y B del documento CE128/21, Add. I.

El artículo 6.B de la Constitución de la OPS disponía la suspensión de los privilegios de voto si un país estaba atrasado en el pago de sus cuotas por el equivalente de dos años completos. Los Estados Miembros potencialmente sujetos a la aplicación del artículo 6.B al comienzo de 2001 eran Argentina, Cuba, Ecuador, Perú y la República Dominicana. Argentina había presentado un plan de pagos diferidos que había sido aceptado por la Oficina en 2000; para cumplir con dicho plan, necesitaba efectuar otros pagos antes de la apertura del 43.<sup>er</sup> Consejo Directivo en septiembre. Cuba estaba cumpliendo con su plan de pagos diferidos, que había sido aceptado por la Oficina en 1996. La República Dominicana seguía estando sujeta a la aplicación del artículo 6.B; sin embargo, el gobierno había presentado un plan de pagos diferidos que esperaba se aprobaría antes de la sesión del Consejo Directivo en septiembre. De manera semejante, Ecuador seguía estando sujeto a la aplicación del artículo 6.B. Perú ya no estaba en esa situación, pero todavía adeudaba pagos correspondientes al 2001 en conformidad con su plan de pagos diferidos de 1999.

En respuesta a una pregunta del Comité, el Director explicó que el artículo 6.B se refería a los privilegios de voto en todas las elecciones efectuadas en una sesión del Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana, incluida la elección del Director de la Oficina. Por otra parte, encomió a los Estados Miembros por los esfuerzos que habían desplegado para cumplir con sus planes de pago a pesar de las circunstancias económicas difíciles, y subrayó que la tasa de recaudación de las cuotas correspondientes al 2001 hasta esa fecha había sido mayor que en los tres años precedentes.

El Comité aprobó la resolución CE128.R14.

### ***Informe financiero parcial del Director para 2000 (Documento Oficial 301)***

El Sr. Matthews también presentó el *Documento Oficial 301*, que contenía el informe del Director sobre las operaciones financieras de la OPS durante el período del 1 de enero al 31 de diciembre de 2000 y los estados financieros del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) y el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). Como era habitual tratándose de un informe provisional, el documento no se acompañaba de la opinión del Auditor Externo.

Gracias a la gestión financiera conservadora constante, la situación financiera de la OPS era sólida, y esto se reflejaba en el estado del activo, el pasivo y las reservas y saldos de los fondos al 31 de diciembre de 2000. El dinero en efectivo depositado en los bancos y las inversiones habían sumado en total \$144,4 millones. Los ingresos del presupuesto ordinario para 2000 habían excedido los gastos por un monto de \$6,6 millones, aunque las obligaciones contraídas al 31 de diciembre de 2000 reducirían ese saldo a finales del bienio. Los ajustes posteriores, una transferencia de \$4,9 millones al Fondo para Bienes Inmuebles y una transferencia temporal de \$2,3 millones al Fondo Rotatorio del Programa

Ampliado de Inmunización para la Compra de Vacunas habían producido una reducción neta de \$1,3 millones en el fondo de trabajo, con un saldo resultante de \$13,7 millones al 31 de diciembre de 2000. De conformidad con el artículo 103.4 de las Normas de Gestión Financiera de la Organización, cualquier excedente de los ingresos sobre los gastos a fines del ejercicio económico se usaría para restituir el fondo de trabajo a su nivel autorizado de \$15 millones.

Como se señaló anteriormente, las recaudaciones de las cuotas de años anteriores habían ascendido a \$31,7 millones, o sea, 68% del saldo pendiente al 1 de enero de 2000. En cuanto a las cuotas para 2000, se habían recibido sólo \$43,6 millones, es decir, 51% de las cuotas señaladas para ese año, debido principalmente al retraso en la recaudación de la cuota de un país.

Los tres centros (CAREC, CFNI e INCAP) habían presentado un excedente combinado de ingresos sobre gastos de \$278.000. CAREC había recibido \$3,6 millones de ingresos, después de las demoras en la recaudación de las contribuciones señaladas, mientras que sus gastos habían ascendido a 3,7 millones, lo cual había dado lugar a un exceso de gastos sobre los ingresos de \$53.000 y una disminución en su saldo de fondos de \$1,19 millones a \$1,14 millones. El estado de las cuotas adeudadas por los Miembros indicaba que el Centro había recaudado más en 2000 que en 1999, pero los saldos adeudados al 31 de diciembre de 2000 sumaban \$5,4 millones, una cantidad mayor que en 1998 ó 1996. La recaudación de los pagos de tres países miembros cuyas cuotas pendientes ascendían a más de \$5,3 millones mejoraría considerablemente la situación financiera de CAREC.

Por su parte, CFNI e INCAP habían tenido un excedente de ingresos sobre los gastos en 2000: \$93.000 en el caso de CFNI y \$238.000 en el caso de INCAP. Sin embargo, CFNI había experimentado un déficit del presupuesto ordinario de \$51.000, por lo cual había aumentado a \$443.000 el déficit acumulado en su fondo de trabajo. La mora en el pago de las cuotas había aumentado a \$1,0 millón, por comparación con \$786.000 en diciembre de 1998. Las contribuciones del año en curso habían ascendido a \$103.000. INCAP había presentado un excedente del presupuesto ordinario de \$69.000, que había dado lugar a un saldo de \$1,1 millones en el fondo de trabajo. Las cuotas pendientes del Instituto habían disminuido de \$444.000 en 1998 a \$385.000 en 2000.

En respuesta a la pregunta de uno de los delegados, el Sr. Matthews explicó que los estados financieros de los otros dos centros panamericanos, PANAFTOSA e INPPAZ, se integraban con los de la Organización en su conjunto porque no se consideraban centros con delegación de autoridad plena.

El Comité tomó nota del informe pero no consideró necesario aprobar una resolución sobre este punto (decisión CE128[D7]).

***Edificios de la OPS y sus instalaciones (documento CE128/22)***

El Sr. Eric Boswell (Jefe de Administración, OPS) informó que se había finalizado la renovación del edificio de la Representación de la OPS/OMS en Brasilia, que había durado varios años. El costo total había sido de \$766.000. La remodelación menor del edificio de la Representación de la OPS/OMS en Caracas, propiedad de la OPS —que se había financiado con fondos reprogramados del presupuesto ordinario y no con recursos del Fondo para Bienes Inmuebles— también se había concluido a un costo de \$170.000.

En cuanto a la renovación del edificio de la sede de la OPS, el funcionario declaró que le complacía informar que las obras avanzaban según el calendario fijado y dentro del presupuesto. La segunda de las tres fases del proyecto finalizaría a principios de julio de 2001. A menos que se presentase un problema importante imprevisto, la renovación finalizaría en la fecha fijada, el 31 de diciembre de 2001, y dentro de los \$13 millones aprobados por el Comité Ejecutivo en su 18.<sup>a</sup> sesión de junio de 2000. En mayo de 2001, la 54.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud había aprobado el reembolso a la OPS de \$3.250.000, es decir, 25% del costo total de las obras de renovación.

El diseño de las plantas del edificio y el equipo de oficina había sido examinado por un médico especialista en salud ocupacional seleccionado conjuntamente por el personal y la administración. El nuevo diseño proporcionaba mejor iluminación y un ambiente de oficina ergonómico que ayudaría a evitar lesiones por traumatismos repetitivos. Se había mantenido informado al personal de los aspectos y los temas principales de las obras por conducto del Comité Consultivo Conjunto y avisos publicados en la intranet de la OPS, y las reacciones a los cambios habían sido generalmente favorables.

El Director dijo estar muy complacido con la reacción del personal a los cambios, que habían requerido la reubicación de muchos empleados y causado trastornos extraordinarios a la Oficina. No obstante, había habido pocas quejas de los funcionarios, y la Oficina había seguido prestando la cooperación técnica a los países sin interrupción. También agradecía al Comité el haber reconocido la necesidad de las obras de renovación y haber autorizado a la Oficina para que llevase adelante el proyecto. Invitó a los delegados a que visitaran los pisos en los cuales se habían terminado los trabajos para que constataran las mejoras que había hecho posibles el financiamiento aprobado por ellos.

El Comité tomó nota del informe de la Oficina (decisión CE128[D8]).

## **Asuntos relativos al personal**

### ***Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana (documentos CE128/23 y CE128/23, Corrig.)***

La Dra. Diana LaVertu (Jefa, Departamento de Personal, OPS) informó que los cambios propuestos en el Reglamento del Personal eran acordes con las modificaciones adoptadas por el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud en su 107.<sup>a</sup> reunión (resoluciones EB107.R9 y EB107.R11). Los cambios descritos en las secciones 1 y 2 del documento CE128/23 eran resultado de las decisiones adoptadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su quincuagésimo quinto período de sesiones, sobre la base de las recomendaciones formuladas por la Comisión de Administración Pública Internacional. Los cambios de la sección 3 eran resultado de las decisiones del Consejo Ejecutivo de la OMS.

La Asamblea General de las Naciones Unidas había aprobado, con vigencia a partir del 1 de marzo de 2001, la escala revisada de sueldos básicos/mínimos para el personal de la categoría profesional y superior, que incorporaba un aumento de 5,1% mediante la consolidación de clases de reajuste por lugar de destino en el sueldo básico neto, ateniéndose a la fórmula “sin pérdida ni ganancia”. También había aprobado, con vigencia a partir del 1 de enero de 2001, un aumento de las prestaciones por familiares a cargo de 11,89%. Los artículos 330.2 y 340 del Reglamento del Personal de la OSP se habían modificado en consecuencia. Debido a las revisiones de la escala de sueldos básicos/mínimos, era necesario considerar también los ajustes a los sueldos del Subdirector, el Director Adjunto y el Director.

También se le pidió al Comité que confirmara las modificaciones a los siguientes artículos del Reglamento del Personal de la OSP, que eran necesarios por haberse hecho cambios similares en el Reglamento de Personal de la OMS: artículo 365, sobre subsidio por nuevo destino, para que reflejase la práctica vigente y eliminar así una posible ambigüedad; artículo 380, sobre pagos y descuentos, para permitir las deducciones por deudas contraídas con terceros si lo autoriza el Director; artículo 620, sobre las fiestas oficiales, para aumentar el número de estas de nueve a diez por año; y el artículo 1230, para aumentar el número de los miembros de la Junta de Apelación. Igualmente, se habían hecho modificaciones a varios artículos del reglamento relativos a la licencia. Los cambios permitían una mayor flexibilidad dentro de las disposiciones actuales acerca de la licencia para las ausencias en caso de muerte de un pariente cercano o la adopción de un hijo (artículo 650); permitían que los funcionarios usaran sus siete días de licencia por enfermedad no certificada para atender asuntos familiares urgentes (artículo 740); introducían hasta cinco días de licencia de paternidad y permitían que el padre aprovechara la licencia de maternidad no usada por la esposa si ambos eran funcionarios de la Oficina

(artículo 760); y permitían al Director autorizar que el marido y el lactante amamantado acompañasen a la madre en los viajes oficiales, si fuera necesario (artículo 820).

La Dra. LaVertu informó al Comité que la repercusión presupuestaria de las modificaciones propuestas era mínima y se solventarían con las asignaciones apropiadas.

La Delegada de los Estados Unidos de América reiteró la opinión expresada por su país en el Consejo Ejecutivo de la OMS, en el sentido de que agregar una cláusula que autorizaba la licencia de paternidad (artículo 760.5) no iba de acuerdo con las normas del Régimen Común de las Naciones Unidas, y sugirió que la OPS debía seguir las normas de las Naciones Unidas aunque la OMS no lo hiciera. La Dra. LaVertu explicó que la OPS estaba obligada a seguir el Reglamento y Estatuto de Personal de la OMS, especialmente porque algunos de sus puestos eran financiados por la OMS.

El Director expresó su convencimiento de que la cláusula de licencia de paternidad era un paso positivo y esperaba que el Régimen Común de las Naciones Unidas seguiría el ejemplo.

El Comité aprobó la resolución CE128.R4.

***Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OSP (documento CE128/24)***

El Sr. Gustavo Strittmatter (Presidente, Asociación de Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana) informó que a lo largo del año precedente había prevalecido un espíritu de cooperación entre la Asociación de Personal y la Administración de la OSP. Gracias a la mancomunación de esfuerzos con el Director y la Administración, el personal profesional en Washington, D.C., había logrado un aumento de remuneración, resultante del efecto combinado de los aumentos del sueldo básico y del índice de reajuste por lugar de destino. Un factor importante para lograr eso había sido el adiestramiento recibido por algunos funcionarios en la metodología para determinar el reajuste por lugar de destino; el orador agradeció al Director haber proporcionado apoyo financiero para permitir que la Asociación enviara una persona al taller de adiestramiento.

La Asociación de Personal seguía estando preocupada por que los sueldos del personal de servicios generales estaban resultando perjudicados por las tentativas del sistema de las Naciones Unidas de reducir los gastos de personal como un medio de ajustar su presupuesto. Por cuenta propia, la Asociación había patrocinado talleres de adiestramiento para ayudar al personal a que participase en las actividades de los comités nacionales para la encuesta de sueldos. Muchas oficinas de país de la OPS habían enviado

funcionarios a esos cursos, y la Asociación de Personal se proponía pedirle al Director que ayudara a solventar el costo de los talleres.

Con respecto a los esfuerzos de reforma emprendidos por la OMS, tanto el personal como la Administración tendrían que recibir adiestramiento en el nuevo marco de negociación que resultaría de las reformas. La Asociación agradecía que sus esfuerzos para hacer participar al personal hubiesen recibido el respaldo del Director al haber financiado la participación de uno de sus miembros en un taller celebrado en Ginebra en diciembre de 2000. Los aspectos positivos de la reforma se podían atestiguar en algunas de las modificaciones del Reglamento del Personal, como la creación de la licencia de paternidad y la disposición que permitía el viaje del cónyuge y el lactante de las funcionarias que eran madres. Tales cambios beneficiarían tanto a los empleados como a la Organización.

En cuanto a la reforma en el sistema de los contratos, los representantes del personal de la OMS en todo el mundo habían declarado que ninguna reforma en las condiciones de trabajo sería válida a menos que tuviera el consentimiento del personal, logrado mediante negociaciones colectivas. Los representantes del personal habían expresado su inquietud de que la variedad de arreglos contractuales adoptados por la OMS no iba de acuerdo con el principio de la equidad, que debía guiar todos los actos del personal y la Organización. En la reunión más reciente del comité encargado de vigilar el Fondo del Seguro de Enfermedad del Personal de la OMS, se había anunciado que la razón entre personal en activo y personal jubilado afiliado al fondo había descendido de 1,93 en 1995 a 1,42 a fines de 1999; es decir, una disminución de 25%. La sostenibilidad del Fondo para los jubilados futuros se vería amenazada si la OMS seguía contratando personal que no aportaba al Fondo. La posibilidad de que el Fondo cayese en la insolvencia era completamente inadmisibles e iba en contra de los principios de la Organización.

El Director dijo que, si bien era solidario de las inquietudes con respecto al Fondo del Seguro de Enfermedad del Personal, la cooperación técnica requerida por los países exigía la contratación de personal mediante acuerdos diferentes de los aplicables a los funcionarios públicos internacionales. Esa forma de actuar obedecía a dos circunstancias: 1) el grado de conocimientos especializados y experiencia que tenía el personal nacional, y 2) la falta de recursos suficientes para prestar cooperación técnica si se utilizara exclusivamente personal internacional. A su parecer, el riesgo que ello representaba para el Fondo de Seguro se justificaba por la capacidad agregada de la Organización de satisfacer las demandas de cooperación técnica. El Director dijo que estaba orgulloso de la buena relación de trabajo que había existido entre la Administración y la Asociación de Personal durante su mandato y le complacía la manera amigable en la cual habían resuelto sus diferencias de opinión.

El Comité agradeció a la Asociación de Personal y tomó nota del informe, pero no consideró necesario aprobar una resolución sobre este punto (decisión CE128[D9]).

### **Asuntos de información general**

#### ***Resoluciones y otras acciones de la 54.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS (documento CE128/25)***

El Dr. Brandling-Bennett resumió los aspectos clave de 16 resoluciones adoptadas por la 54.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud (mayo de 2001) que la Oficina consideraba de especial pertinencia para la Región de las Américas. Destacó, en particular, las cosas que se le habían pedido a la Directora General y el trabajo relacionado con ellas que había sido o sería emprendido por la OPS. También señaló a la atención del Comité las resoluciones relativas a la aprobación del programa general de trabajo; la nutrición del lactante y del niño pequeño; ampliación de la respuesta a la infección por el VIH/SIDA; estrategia farmacéutica de la OMS; fortalecimiento de la enfermería y la partería; fortalecimiento de los sistemas de salud en los países en desarrollo; seguridad sanitaria mundial: alerta y respuesta ante epidemias; Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo; transparencia en el proceso de lucha antitabáquica; esquistosomiasis y helmintiasis transmitidas por el suelo; Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud; sueldo de los titulares de puestos sin clasificar; Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles; ingresos ocasionales; Apertura de Créditos para el ejercicio 2002-2003; y reforma de los métodos de trabajo del Consejo Ejecutivo de la OMS.

Además, el funcionario informó que, de la Región de las Américas, la Asamblea había elegido a Colombia, Cuba y Granada para designar a una persona que formase parte del Consejo Ejecutivo, en sustitución de Chile, Estados Unidos de América y Trinidad y Tabago, cuyos mandatos habían llegado a su fin.

Con respecto la resolución sobre la respuesta a la infección por el VIH/SIDA, el Comité Ejecutivo instó a la OPS a seguir trabajando en estrecha colaboración con el ONUSIDA y sus copatrocinadores para garantizar la coordinación de las intervenciones. Un delegado señaló los esfuerzos realizados en el Caribe para alentar a los gobiernos a que aprovecharan las reducciones de los precios de los antirretrovíricos ofrecidas poco tiempo antes por las empresas farmacéuticas, pero dijo que el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) había tenido dificultades para obtener acceso a esos medicamentos mediante el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública. También mencionó que los países miembros de CARICOM que estaban llevando a cabo proyectos piloto sobre el control de la transmisión del VIH de madre a hijo habían detectado contradicciones entre las recomendaciones sobre la lactancia materna por las mujeres infectadas por VIH y las iniciativas de hospitales amigos del lactante adoptadas por los

gobiernos. Pidió la ayuda de la Organización para mediar en esa controversia. En lo referente a la resolución sobre el programa general de trabajo, el Comité alentó a la OPS a que siguiera su diálogo mutuamente beneficioso con la OMS acerca de la introducción de la planificación de programas apoyada mediante la evaluación, teniendo en cuenta la rica experiencia de la OPS en esa esfera.

El Dr. Brandling-Bennett respondió que la OPS seguiría trabajando estrechamente con el ONUSIDA y con una variedad de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Según se había señalado antes, había habido algunos problemas en las negociaciones con las empresas farmacéuticas acerca de los precios de los antirretrovíricos, por lo cual hasta la fecha había sido difícil incluir esos medicamentos en el fondo. En lo referente a la lactancia materna, la posición de la OPS había sido ayudar a los países a elaborar normas que permitieran explicar las opciones y los riesgos a la madre y la familia, pero dejando que la madre tomara la decisión acerca de seguir amamantando o cambiar a los sucedáneos de la leche materna, que eran costosos. El orador aseguró al Comité que seguiría el trabajo de la OPS con la OMS en la evaluación y la planificación, cuya influencia hasta la fecha se manifestaba por la estructura del presupuesto por programas vigente de la OMS.

El Director recalcó que la OPS había desempeñado un papel destacado en la formulación y aceptación del presupuesto por programas de la OMS y era también el principal propugnador de un enfoque más estructurado de la evaluación dentro de la OMS. La OPS estaba transmitiendo su experiencia en materia de planificación y programación a otras regiones de la OMS por medio de talleres y visitas, con miras a que el proceso en todas las regiones fuese congruente con la dirección a nivel mundial. Se esperaba alentar a otras regiones a adoptar sistemas similares al AMPES, que en opinión del Auditor Externo de la OPS igualaba o excedía las mejores prácticas vigentes dentro del sistema de las Naciones Unidas.

En cuanto al tema de la salud de los indígenas, el Director informó que la OPS había participado en un proyecto que había examinado los efectos de la discriminación racial sobre la salud en las Américas. La Organización estaba haciendo aportes a un documento sobre las disparidades raciales en materia de salud que estaba preparando la OMS para la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, que tendría lugar en Sudáfrica en fecha posterior del año en curso.

El Comité tomó nota del informe de la Oficina (decisión CD128[D4]).

### **Clausura de la sesión**

El Director agradeció al Comité sus observaciones, reiterando que las aportaciones de los Estados Miembros eran vitales para la labor de la Organización. También expresó su agradecimiento a la Presidencia y el resto de la Mesa Directiva por su contribución para que esta hubiese resultado una sesión muy productiva.

El Presidente dijo que estaba seguro de que los trabajos del Comité conducirían a mejorar la situación sanitaria de los pueblos de la Región. Expresó su gratitud a todos los delegados, observadores y funcionarios de la OPS que habían colaborado para hacer posible el éxito de la sesión, y acto seguido declaró clausurada la 128.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo.

### **Resoluciones y decisiones**

A continuación se presentan las resoluciones aprobadas y las decisiones adoptadas por el Comité Ejecutivo en su 128.<sup>a</sup> sesión:

#### ***Resoluciones***

#### ***CE128.R1: Reglamento Sanitario Internacional***

#### ***LA 128.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo considerado el informe de avance sobre el Reglamento Sanitario Internacional (documento CE128/14);

Reconociendo la amenaza permanente de la propagación transfronteriza de las enfermedades infecciosas, y

Considerando el Reglamento Sanitario Internacional como el marco legal para la alerta y respuesta mundial a las epidemias,

#### ***RESUELVE:***

Recomendar al Consejo Directivo la adopción de una resolución conforme a los siguientes términos:

#### ***EL 43.<sup>er</sup> CONSEJO DIRECTIVO,***

Recordando las resoluciones WHA48.7, sobre el Reglamento Sanitario Internacional, y CD41.R14, acerca de las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes y la resistencia a los antimicrobianos;

Habiendo examinado el informe de avance sobre la revisión del Reglamento Sanitario Internacional (documento CD43/\_\_) y reconociendo la necesidad de adaptar la

versión actual de dicho documento para que tenga en cuenta el mayor volumen de los viajes y el comercio internacionales, así como las tendencias actuales en las características epidemiológicas de las enfermedades transmisibles, especialmente la amenaza que plantean las enfermedades emergentes;

Considerando la necesidad de proteger la salud pública y controlar las enfermedades y, al mismo tiempo, evitar medidas innecesarias que puedan acarrear consecuencias sociales o económicas imprevistas, y

Reconociendo que la oportunidad de intervenir con medidas de prevención y control es limitada a causa de la rapidez con la cual circulan los productos, los alimentos y las personas, y también por la aparición de agentes patógenos resistentes a los antimicrobianos disponibles,

***RESUELVE:***

1. Instar a los Estados Miembros:
  - a) a que participen activamente en la revisión del Reglamento Sanitario Internacional, tanto en el plano nacional como dentro de los programas de trabajo de los sistemas de integración regional;
  - b) a que examinen los criterios para definir un evento de salud pública de posible importancia internacional, según la propuesta para el Reglamento Sanitario Internacional revisado.
2. Solicitar al Director:
  - a) que preste cooperación técnica para apoyar a los países en sus actividades encaminadas a someter a prueba las consecuencias de la revisión propuesta del Reglamento Sanitario Internacional;
  - b) que promueva la organización de reuniones subregionales entre asociados con capacidad técnica en el área de alerta y respuesta frente a las epidemias para facilitar el intercambio de las pruebas científicas reunidas en la puesta a prueba de determinados componentes del Reglamento Sanitario Internacional revisado;

- (c) que organice la participación de la Región de las Américas en reuniones que convoque la OMS para cuestiones relacionadas con la revisión del Reglamento Sanitario Internacional.

*(Quinta reunión, el 27 de junio de 2001)*

**CE128.R2: XII Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura**

**LA 128.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Habiendo considerado el informe final de la XII Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (documento CE128/11),

**RESUELVE:**

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

**EL 43.º CONSEJO DIRECTIVO,**

Habiendo considerado el informe final de la XII Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (documento CD43/\_\_);

Teniendo en cuenta la resolución CD17.R19 que autorizó al Director a convocar estas reuniones y la resolución RIMSA11.R3, ratificada por el 41.º Consejo Directivo, que aprobó cambiar el nombre al de Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura, manteniendo la sigla RIMSA;

Considerando que la RIMSA se ha constituido como el foro intersectorial al mas alto nivel político para establecer, orientar y hacer seguimiento a los asuntos de mutuo interés entre los sectores de agricultura y salud, y

Consciente de la amplia respuesta que ha tenido la convocatoria hecha por el Director de la OPS para que por primera vez los ministros de salud y agricultura de los Estados Miembros participen en la RIMSA,

***RESUELVE:***

1. Hacer suyas las resoluciones de la RIMSA 12.
2. Instar a los Estados Miembros a continuar fortaleciendo las acciones intersectoriales para la organización y ejecución de planes regionales estratégicos de erradicación de la fiebre aftosa, el control y eliminación de las zoonosis y el control de la inocuidad de los alimentos.
3. Agradecer al Gobierno de la República Federativa del Brasil por haber sido la sede de RIMSA 12.
4. Solicitar al Director:
  - a) que continúe convocando cada dos años a los ministros de agricultura y salud para participar en la RIMSA con el objetivo de evaluar la cooperación técnica en salud pública veterinaria y el desempeño de sus centros especializados, Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) y el Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ);
  - b) que mantenga como temas permanentes en las reuniones de RIMSA la inocuidad de los alimentos, las zoonosis, la erradicación de la fiebre aftosa y otros asuntos relacionados con la salud animal y humana;
  - c) que apoye la creación y desarrollo del plan de acción de la Comisión Panamericana de Inocuidad de los Alimentos.

*(Quinta reunión, el 27 de junio de 2001)*

***CE128.R3: Desarrollo y Fortalecimiento de la Gestión de los Recursos Humanos en el Sector de la Salud***

***LA 128.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo considerado el documento CE128/12 que argumenta a favor de una mayor prioridad de las políticas de recursos humanos en el sector de la salud y de realizar importantes cambios conceptuales, políticos y operacionales para desarrollar y fortalecer la gestión de recursos humanos en los sistemas y servicios de salud,

**RESUELVE:**

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

**EL 43.<sup>er</sup> CONSEJO DIRECTIVO,**

Habiendo considerado el documento CD43/\_\_\_ sobre desarrollo y fortalecimiento de la gestión de los recursos humanos en el sector de la salud;

Considerando la necesidad de que los sistemas de salud en el marco de las actuales reformas sectoriales otorguen mayor prioridad a las políticas de recursos humanos y al desarrollo y fortalecimiento de la gestión de los recursos humanos, y

Tomando en cuenta que la Organización Panamericana de la Salud está impulsando la iniciativa del Observatorio de los Recursos Humanos en las reformas del sector de la salud con un numeroso grupo de países, con la finalidad de mejorar la disponibilidad y calidad de la información y el conocimiento para la toma de decisiones en materia de desarrollo de recursos humanos,

**RESUELVE:**

1. Instar a los Estados Miembros:
  - a) a que otorguen mayor prioridad a las políticas de desarrollo de recursos humanos en los procesos de reforma sectorial, en general, y a la gestión de recursos humanos en los servicios de salud, en particular, movilizandolos mecanismos para sensibilizar y comprometer a los dirigentes sectoriales y a otros actores relevantes para tal fin, integrando la gestión del personal en la gestión integral de los servicios de salud;
  - b) a que participen activamente en la iniciativa del Observatorio de los Recursos Humanos facilitando en cada país la constitución de grupos intersectoriales e interinstitucionales para el análisis de la situación, la producción de información esencial y la formulación de propuestas en materia de política, regulación y gestión de los recursos humanos.
2. Solicitar al Director:
  - a) que convoque el interés y la voluntad de las autoridades políticas sectoriales para dar mayor prioridad a las políticas de recursos humanos y, de manera específica, al

- desarrollo y fortalecimiento de la gestión de los recursos humanos en el sector de la salud;
- b) que dé un mayor impulso a la iniciativa del Observatorio de los Recursos Humanos buscando la participación en el mismo de todos los Estados Miembros, que promueva el desarrollo de metodologías e instrumentos para la gestión de recursos humanos y que impulse activamente la capacitación de dirigentes y del personal responsable de esta función, con la finalidad de fortalecer la capacidad institucional en este campo;
  - (c) que aliente el uso de una amplia variedad de profesionales de la salud con miras a promover la consecución de metas generales de salud pública.

*(Quinta reunión, el 27 de junio de 2001)*

***CE128.R4: Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana***

***LA 128.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo considerado las modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana presentadas por el Director en el anexo al documento CE128/23 y su corrigendum;

Teniendo en cuenta las decisiones de la 54.ª Asamblea Mundial de la Salud respecto de la remuneración de los Directores Regionales, de los Asesores Superiores y de la Directora General;

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

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

**RESUELVE:**

1. Confirmar las modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana presentadas por el Director en el anexo al documento CE128/23 y su corrigendum:
  - a) con efecto a partir del 1 de enero de 2001 respecto de las prestaciones por familiares a cargo de la categoría profesional y superior;
  - b) con efecto a partir del 1 de marzo de 2001 respecto de la escala de sueldos que se usará conjuntamente con los sueldos básicos brutos aplicables a la categoría profesional y los puestos de Directores.
2. Fijar, con entrada en vigor el 1 de marzo de 2001:
  - a) el sueldo anual neto del Director Adjunto en \$104.341, con familiares a cargo, y en \$94.484, sin familiares a cargo;
  - b) el sueldo anual neto de la Subdirectora en \$103.341, con familiares a cargo, y en \$93.484, sin familiares a cargo.
3. Recomendar al 43.<sup>er</sup> Consejo Directivo que establezca el sueldo anual del Director en \$113.762, con familiares a cargo, y en \$102.379, sin familiares a cargo, con entrada en vigor el 1 de marzo de 2001.
4. Confirmar las modificaciones a los artículos 365, 380, 620, 650, 740, 760, 760.1, 760.2, 820 y 1230 del Reglamento del Personal, tal como aparecen en el anexo al documento CE128/23 y su corrigendum.

*(Sexta reunión, el 27 de junio de 2001)*

**CE128.R5: Premio OPS en Administración, 2001**

**LA 128.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Habiendo examinado el informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2001 (documento CE128/7, Add. I), y

Teniendo presente las disposiciones de las Pautas y Procedimientos para conferir el Premio OPS en Administración, según fueron aprobados por la 18.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana (1970), modificados por la 24.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana (1994) y la 124.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo (1999),

**RESUELVE:**

1. Tomar nota de la decisión del Jurado de que se adjudique el Premio OPS en Administración, 2001 al Dr. Carlos Gehlert Mata, de Guatemala, por su contribución pionera a la extensión de la atención primaria de salud en el área rural de Guatemala en épocas y circunstancias difíciles, utilizando la estrategia de formación de un personal técnico intermedio oriundo de las mismas comunidades a servir.
2. Transmitir el informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2001 (documento CE128/7, Add. I) a la consideración del 43.<sup>er</sup> Consejo Directivo.

*(Octava reunión, el 28 de junio de 2001)*

**CE128.R6: Organizaciones No Gubernamentales en Relaciones Oficiales con la OPS**

**LA 128.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Habiendo estudiado el informe del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales (documento CE128/8, Add. I), y

Teniendo presentes las disposiciones contenidas en el documento *Principios que rigen las relaciones entre la Organización Panamericana de la Salud y las organizaciones no gubernamentales* (1995, revisado en 2000),

**RESUELVE:**

1. Autorizar la entrada en relaciones oficiales de la Asociación Mundial de Sexología, March of Dimes y la Sociedad Estadounidense de Microbiología, con la Organización Panamericana de la Salud.

2. Renovar por un período de cuatro años las relaciones oficiales entre la OPS y la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS), la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAES), la Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica (FIFARMA), la Federación Internacional de la Diabetes (IDF) y la US Pharmacopeia (USP).
3. Continuar las relaciones oficiales entre la OPS y la Organización Internacional de Asociaciones de Consumidores (CI-ROLAC) y la Alianza Nacional para la Salud de los Hispanos por un período de un año, con la condición de que en la reunión del Comité Permanente de 2002 se analice nuevamente el estado de sus actividades.
4. Solicitar al Director:
  - a) que informe a las ONG respectivas de las decisiones adoptadas por el Comité Ejecutivo;
  - b) que siga desarrollando relaciones de trabajo dinámicas con las ONG interamericanas de interés para la Organización en las esferas afines a las orientaciones estratégicas y programáticas que los Cuerpos Directivos le han fijado a la Oficina Sanitaria Panamericana;
  - c) que evalúe la pertinencia de la relación con las ONG interamericanas que colaboran oficialmente con la OPS, a objeto de promover una mayor participación y colaboración de estas;
  - d) que siga fomentando las relaciones entre los Estados Miembros y las ONG que trabajen en el campo de la salud.

*(Octava reunión, el 28 de junio de 2001)*

***CE128.R7: Orden del Día Provisional del 43.º Consejo Directivo de la OPS,  
53.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas***

***LA 128.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el orden del día provisional (documento CD43/1) preparado por el Director para el 43.º Consejo Directivo de la OPS, 53.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, que se presenta como anexo del documento CE128/4, y

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

***RESUELVE:***

Aprobar el orden del día provisional (documento CD43/1) preparado por el Director para el 43.<sup>er</sup> Consejo Directivo de la OPS, 53.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

*(Octava reunión, el 28 de junio de 2001)*

***CE128.R8: Vacunas e Inmunización***

***LA 128.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo considerado el informe de avance del Director sobre vacunas e inmunización (documento CE128/10);

Teniendo en cuenta el progreso logrado por todos los Estados Miembros en el control de las enfermedades prevenibles por vacunación y en la introducción de las vacunas nuevas, y la necesidad de compromiso sostenido de completar con éxito la meta de la erradicación del sarampión y ampliar el uso de las tecnologías de vacuna, y

Teniendo en cuenta las observaciones formuladas por los Miembros del Comité Ejecutivo,

***RESUELVE:***

Recomendar al Consejo Directivo la adopción de una resolución conforme a los siguientes términos:

***EL 43.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Habiendo considerado el informe del Director sobre vacunas e inmunización (documento CD43/\_ ) y tomando nota de los adelantos logrados por todos los países en el control de las enfermedades prevenibles por vacunación;

Reconociendo el compromiso demostrado por todos los Estados Miembros para alcanzar la meta de interrumpir la transmisión autóctona del sarampión en las Américas;

Consciente de las consecuencias del reciente brote de poliomielitis causado por el virus de tipo 1, derivado de la vacuna de Sabin, en la isla La Española;

Considerando la elevada actividad de transmisión de la fiebre amarilla observada en la Región durante los dos últimos años en las zonas donde la enfermedad es enzoótica, lo cual ha causado brotes extensos en varios países;

Consciente de que en la actualidad el tétanos neonatal está confinado a menos de 1% de los distritos en las Américas y de que las características epidemiológicas indican que se trata de casos que afectan a lactantes nacidos de mujeres desprovistas de atención prenatal, que no son vacunadas y se atienden del parto predominantemente en casa, y

Reconociendo los adelantos importantes logrados por la Región de las Américas en la introducción sostenible de nuevas vacunas,

***RESUELVE:***

1. Instar a los Estados Miembros:
  - a) a que mantengan un alto grado de compromiso con el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis y el logro de la erradicación del sarampión por medio del mantenimiento de una cobertura de vacunación de por lo menos 95% con la vacuna antipoliomielítica y con una vacuna que contenga el antígeno del sarampión en cada municipio y localidad;
  - b) a que asignen recursos suficientes para sostener los programas nacionales de vacunación a fin de planificar por adelantado el suministro de vacunas y garantizar las inyecciones seguras mediante la implantación de mecanismos que impidan la reutilización de agujas y jeringas o mediante el uso de jeringas autodestructibles;
  - c) a que mantengan la cobertura elevada de vacunación con vacuna antiamarílica en las zonas donde la fiebre amarilla es enzoótica y en todas las zonas infestadas por *Aedes aegypti* y en riesgo de transmisión urbana, haciendo cumplir la vacunación obligatoria de los viajeros a las zonas de enzooticidad y ejecutando la vigilancia sumamente sensible en dichas zonas;
  - d) a que pongan más empeño en disminuir el número de mujeres en edad fecunda susceptibles a la rubéola y prevenir los casos de síndrome de rubéola congénita (SRC) mediante la ejecución de las estrategias de vacunación antirrubéolica acelerada y vigilancia mejorada de la rubéola y el SRC;

- e) a que concentren los servicios especiales de vacunación antitetánica y las actividades de vigilancia del tétanos en las zonas y los grupos de población con un riesgo más alto dentro de los municipios y en los focos de población subatendidos que siguen notificando casos aislados de tétanos neonatal;
- f) a que apoyen el desarrollo de una infraestructura epidemiológica para generar información que permita evaluar la introducción y la posible repercusión de las nuevas vacunas;
- g) a que fortalezcan la función de las autoridades nacionales de reglamentación y los laboratorios nacionales de control para lograr que en los programas nacionales de vacunación y en el sector privado sólo se usen vacunas de buena calidad, ya sea importadas o de producción nacional, aprobadas por las autoridades competentes.

2. Solicitar al Director:

- a) que entable un diálogo constante con los proveedores de vacunas con miras a reducir al mínimo las consecuencias de la escasez mundial de vacunas en la Región de las Américas;
- b) que ponga de relieve la importancia de que los gobiernos nacionales den prioridad en sus presupuestos a los recursos para las vacunas, y que promueva la coordinación de todas las partes interesadas que apoyan los programas nacionales de vacunación para aprovechar al máximo el flujo de recursos provenientes del ámbito internacional y complementar los recursos nacionales, según convenga;
- c) que promueva el examen y la evaluación periódicos de los programas nacionales de vacunación para vigilar los adelantos logrados y la sostenibilidad, y para ajustar las estrategias para el control o la erradicación de las enfermedades prevenibles por vacunación;
- d) que promueva una mayor cooperación entre los investigadores para el desarrollo de nuevas vacunas y productos conexos;
- e) que colabore estrechamente con todos los asociados de la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI) a fin de apoyar al máximo el diseño, la puesta en práctica y la evaluación de los programas nacionales de vacunación.

*(Octava reunión, el 28 de junio de 2001)*

**CE128.R9: Convenio Marco Para la Lucha Antitabáquica**

**LA 128.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Habiendo considerado el informe sobre el Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica (documento CE128/16),

**RESUELVE:**

Recomendar al Consejo Directivo la adopción de una resolución conforme a los siguientes términos:

**EL 43.<sup>er</sup> CONSEJO DIRECTIVO,**

Habiendo considerado el informe sobre el Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica (CMLA) (documento CD43/\_\_);

Reconociendo la carga masiva que el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco en el ambiente imponen a la salud de las poblaciones de las Américas y a sus sistemas de asistencia sanitaria;

Consciente de que actualmente existen claras pruebas de que se pueden aplicar medidas eficaces en función de los costos para reducir el consumo de tabaco y de que dichas medidas probablemente beneficien a las economías de la mayoría de los Estados Miembros, y

Reconociendo que el CMLA brinda una oportunidad extraordinaria para movilizar y coordinar una acción a nivel mundial encaminada a reducir el consumo de tabaco,

**RESUELVE:**

1. Instar a los Estados Miembros:
  - a) a que participen activamente en el desarrollo del Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica mediante la participación en las sesiones de negociación de este y fortaleciendo la coordinación multisectorial en el ámbito nacional con el fin de adoptar posiciones nacionales coherentes con el CMLA;
  - b) a que, teniendo en cuenta la vulnerabilidad especial de los niños y adolescentes, prevengan el inicio del consumo de tabaco y promuevan su cesación mediante la aplicación y el cumplimiento de medidas eficaces en función de los costos para

- reducir el consumo de tabaco, entre ellas la fijación de impuestos al tabaco a niveles que disminuyan el consumo y la supresión progresiva de la promoción de los productos de tabaco, en conformidad con las constituciones nacionales;
- c) a que protejan a todos los no fumadores, en particular los niños y las mujeres embarazadas, de la exposición al humo de tabaco en el ambiente mediante la prohibición inmediata del acto de fumar en los edificios del gobierno, establecimientos de asistencia sanitaria e instituciones educativas, y mediante la creación, lo antes posible, de entornos sin humo de tabaco en los centros de trabajo y lugares públicos, reconociendo que los entornos sin humo de tabaco también promueven la cesación del consumo de tabaco y previenen su inicio;
  - d) a que implanten sistemas de vigilancia para seguir muy de cerca la mortalidad relacionada con el tabaco y el progreso alcanzado en la consecución de las metas de reducción del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco en el ambiente.
2. Solicitar al Director:
- a) que siga facilitando la participación de los Estados Miembros en el desarrollo del CMLA;
  - b) que estimule, en la medida que lo permitan los recursos disponibles, la cooperación técnica para fortalecer la capacidad de los Estados Miembros de aplicar fuertes medidas de reducción del consumo de tabaco y de establecer sistemas de vigilancia eficaces para evaluar los adelantos logrados;
  - c) que redacte un marco para la acción llamado “América libre de humo” a fin de proteger a los no fumadores de los efectos nocivos del humo de tabaco en el ambiente;
  - d) que apoye la implantación de criterios de vigilancia de la lucha antitabáquica y la difusión de medidas o experiencias exitosas.

*(Octava reunión, el 28 de junio de 2001)*

**CE128.R10: Salud, Agua Potable y Saneamiento en el Desarrollo Humano Sostenible**

**LA 128.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Habiendo considerado el documento CE128/13, el cual presenta:

- aspectos conceptuales sobre el desarrollo humano sostenible y el papel de la salud, el agua potable y el saneamiento en dicho desarrollo;
- evidencia sobre la situación de agua potable y el saneamiento con base en la Evaluación 2000 en toda la Región y en el estudio sobre desigualdades en el gasto y el uso por familia de los servicios de abastecimiento de agua en 11 países de Latinoamérica y el Caribe;
- análisis que sustenta que las deficiencias encontradas en salud ambiental son inconsistentes con los objetivos de desarrollo humano con equidad asumidos reiteradamente por los países en diferentes iniciativas, incluidas Río 92 y la Carta Panamericana sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible, y
- consideraciones sobre los retos y perspectivas en la situación actual de agua potable y saneamiento, las funciones de las instituciones relacionadas con la prestación de estos servicios y el papel importante que pueden desempeñar los ministerios de salud para cerrar las brechas existentes en el acceso y uso de dichos servicios,

**RESUELVE:**

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

**EL 43.ª CONSEJO DIRECTIVO,**

Habiendo considerado el documento CD43/\_\_\_ sobre salud, agua potable y saneamiento en el desarrollo humano sostenible;

Reconociendo la necesidad de que los ministerios de salud fortalezcan sus capacidades y competencias para realizar actividades orientadas a contribuir a superar limitaciones e inequidades en el acceso a los servicios de agua potable y saneamiento, en el marco de las reformas sectoriales y de las tendencias actuales en la prestación de los servicios de agua potable y el saneamiento y la gestión integral de los recursos hídricos;

Tomando en cuenta que las actividades de cooperación técnica en agua potable y saneamiento de la Organización Panamericana de la Salud están guiadas por principios de salud y ambiente en el desarrollo humano sostenible y que el establecimiento de alianzas, estrategias y prioridades se benefician de información oportuna y relevante sobre la cobertura, calidad y equidad en la prestación de estos servicios;

Respondiendo al llamamiento formulado en Montreal, en marzo de 2001, por los ministros de las Américas y el Gobierno del Canadá —respaldado en el Plan de Acción de la Cumbre de las Américas celebrada en Quebec, en abril de 2001— para que la OPS y el Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) apoyen la convocatoria de una reunión regional de los ministros de salud y del medio ambiente.

Valorando la importancia de crear una base de conocimientos sobre los vínculos que existen entre la salud humana y la degradación del medio ambiente; de fijar prioridades para llevar adelante el temario de las Américas en cuanto a la salud y el medio ambiente; de establecer un mecanismo adecuado para que los ministros vigilen los adelantos logrados; y de contribuir e influir en la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible de 2002 (Rio+10), y

Considerando la recomendación de la 128.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo,

***RESUELVE:***

1. Instar a los Estados Miembros:
  - a) a que fortalezcan las capacidades de los ministerios de salud y sus actividades de salud ambiental, para que cumplan con sus responsabilidades, incluida la vigilancia de la calidad del agua potable y contribuir a mejorar la calidad de los servicios de agua potable y saneamiento;
  - b) a que promuevan y colaboren con otros ministerios o instituciones en reformas dirigidas a mejorar la cobertura, calidad, equidad y sostenibilidad de los servicios de agua potable y saneamiento, particularmente en las zonas rurales, los pueblos pequeños y los asentamientos urbanos pobres;
  - c) a que reconozcan el trabajo realizado por los países y la cooperación técnica de OPS/OMS en Evaluación 2000 sobre agua potable y saneamiento en la Región y sobre el estudio sobre desigualdades en el gasto y el uso por familia de los servicios de abastecimiento de agua en 11 países de Latinoamérica y el Caribe;

- d) a que participen activamente en procesos o actividades regionales preparatorias o en aquellas que se originen en el marco de Rio+10, procurando que la salud esté bien representada e identificando y promoviendo alianzas y actividades prioritarias que faciliten el avance en la agenda de salud ambiental en los ámbitos regional y mundial;
- e) a que participen en una reunión conjunta de los ministerios de salud y del medio ambiente de las Américas, a celebrarse en 2002, como parte del proceso de fortalecimiento de su capacidad para gestionar eficazmente los asuntos de salud y ambiente;
- f) a que promuevan acciones y establezcan regulaciones tendientes a que los servicios de agua potable y saneamiento contribuyan a la protección y conservación del ambiente en las Américas.

2. Solicitar al Director:

- a) que continúe la cooperación técnica con los países para fortalecer las capacidades en los ministerios de salud, acompañando el trabajo con otros sectores y trabajando con otras instituciones nacionales e internacionales y los bancos de desarrollo asociados con la iniciativa de la Agenda Compartida para la Salud, para reducir los riesgos sanitarios asociados a las limitaciones de cobertura, calidad y equidad en el acceso a los servicios de agua potable y saneamiento;
- b) que continúe colaborando con los países en la realización de procesos o actividades regionales relacionadas con Rio+10 para promover y enriquecer alianzas que contribuyan al desarrollo humano sostenible, basadas en la salud de las poblaciones;
- c) que colabore con el PNUMA y el Gobierno del Canadá a objeto de convocar una reunión de los ministros de salud y del medio ambiente de las Américas que habrá de celebrarse a comienzos de 2002.

*(Octava reunión, el 28 de junio de 2001)*

***CE128.R11: Promoción de la Salud en las Américas***

***LA 128.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo considerado la propuesta de fortalecimiento de la planificación de las actividades de promoción de la salud en las Américas (documento CE128/17);

Reconociendo la necesidad de fortalecer la capacidad de los Estados Miembros de lograr la participación de muchos sectores y de la sociedad civil en los planos nacional y local al planificar, ejecutar y evaluar las actividades para promover y proteger la salud de las personas, las familias y las comunidades;

Reconociendo que los Estados Miembros exigen cada vez más cooperación técnica para fortalecer su capacidad en las cinco estrategias fundamentales de promoción de la salud enunciadas originalmente en la Carta de Ottawa, a saber: formulación de política pública saludable, creación de entornos propicios, fortalecimiento de la acción de la comunidad, desarrollo de las aptitudes personales y reorientación de los servicios de salud, y

Observando que los Estados Miembros se comprometieron a fortalecer la planificación de actividades de promoción de la salud en la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (México, 2000), según las pautas presentadas relativas a: a) la promoción de la salud basada en la evidencia; b) una mayor inversión en favor de la salud y el desarrollo; c) una mayor responsabilidad social con relación a la salud; d) empoderamiento y acción de la comunidad en pro de la salud; e) aumento de la infraestructura para la promoción de la salud, y f) reorientación de los servicios de salud,

***RESUELVE:***

Recomendar al Consejo Directivo la adopción de una resolución conforme a los siguientes términos:

***EL 43.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Habiendo considerado la propuesta de fortalecimiento de la planificación de actividades de promoción de la salud en las Américas (documento CD43/\_\_),

***RESUELVE:***

1. Instar a los Estados Miembros:
  - a) a que incluyan la promoción de la salud entre los asuntos políticos más importantes y la consideren como una prioridad en los planes y programas de desarrollo nacional y local;

- b) a que implanten políticas públicas y marcos jurídicos con miras a mejorar los factores determinantes de la salud y reducir las disparidades en la salud de las poblaciones y las comunidades vulnerables;
- c) a que fortalezcan la colaboración intersectorial y recaben la participación activa de todos los sectores y la sociedad civil en la elaboración, ejecución y evaluación de los planes de actividades de promoción de la salud para las prioridades sanitarias determinadas conjuntamente;
- d) a que apoyen las investigaciones para adelantar el conocimiento de las prioridades seleccionadas, identificar buenas prácticas y enriquecer la base de pruebas de intervenciones eficaces de promoción de la salud;
- e) a que impulsen la capacitación y la formación de los recursos humanos en cuanto a la teoría y la práctica de la promoción de la salud con respecto a diversas disciplinas sanitarias y de las ciencias sociales;
- f) a que movilicen y asignen los recursos financieros y operativos necesarios para formar la capacidad humana e institucional que se precisa para elaborar, ejecutar, vigilar y evaluar los planes de actividades de promoción de la salud a los niveles nacional y local;
- g) a que establezcan y fortalezcan las redes locales, nacionales e internacionales para promover la salud;
- h) a que fortalezcan acciones encaminadas a crear entornos saludables y a la protección del ambiente.

2. Solicitar al Director:

- a) que apoye a los Estados Miembros para que estos fortalezcan su planificación estratégica de las actividades de promoción de la salud, según lo señalado en la Declaración de México 2000;
- b) que establezca un mecanismo para vigilar los adelantos logrados en el cumplimiento de los compromisos contraídos en la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud de México, así como para evaluar las experiencias y reconocer y difundir las mejores prácticas;
- c) que redoble los esfuerzos para movilizar más recursos financieros y humanos para la cooperación técnica en materia de promoción y protección de la salud.

*(Octava reunión, el 28 de junio de 2001)*

**CE128.R12: Salud Mental**

**LA 128.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO**

Habiendo considerado el informe sobre salud mental (documento CE128/18),

**RESUELVE:**

Recomendar al Consejo Directivo la adopción de una resolución conforme a los siguientes términos:

**EL 43.<sup>er</sup> CONSEJO DIRECTIVO,**

Reconociendo la contribución cada vez mayor de los trastornos mentales a la carga global de morbilidad y los costos sociales y económicos vinculados con los problemas de salud mental en las Américas;

Teniendo en cuenta que, a pesar de los esfuerzos realizados en la Región para dar a conocer y reducir la repercusión negativa de los problemas de salud mental, en muchos lugares los servicios de salud mental siguen careciendo de financiamiento suficiente y están mal organizados, y las personas aquejadas de trastornos mentales aún no tienen acceso al tratamiento adecuado;

Consciente de que las nuevas opciones con que se cuenta en la atención de salud mental como resultado de los nuevos procedimientos e intervenciones que son eficaces en el tratamiento y la rehabilitación de la mayoría de los trastornos mentales, y

Considerando la extraordinaria oportunidad para el mejoramiento de la atención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental en la Región que proporciona la sensibilización de la gente y el entusiasmo generado por la celebración del Día Mundial de la Salud 2001,

**RESUELVE:**

1. Instar a los Estados Miembros:
  - a) a que aprovechen el impulso creado por la celebración del Día Mundial de la Salud 2001, el debate de los temas de salud mental en la Asamblea Mundial de la Salud y la dedicación del Informe sobre la Salud en el Mundo 2001 a este tema para destacar la importancia de incluir la salud mental entre las prioridades de salud pública;

- b) a que intensifiquen las acciones para reducir el estigma y la discriminación contra las personas con trastornos mentales, proporcionando información y educación adecuada y abordando los temas de la paridad;
- c) a que unifiquen los esfuerzos nacionales para ejecutar las políticas y los planes de salud mental en el marco de la reforma del sector de la salud mediante el fortalecimiento de las unidades de salud mental en los ministerios de salud y la movilización de los recursos necesarios;
- d) a que sigan preparando estrategias encaminadas a lograr que la atención mental se desplace de los hospitales psiquiátricos a la comunidad a objeto de integrar la salud mental en la atención primaria y trasladar las unidades de hospitalización para pacientes agudos a los hospitales generales;
- e) a que promuevan y apoyen activamente la puesta en práctica de programas de rehabilitación psicosocial, haciendo hincapié en aspectos como la vivienda, la formación profesional y el empleo;
- f) a que desplieguen esfuerzos para crear y actualizar las disposiciones jurídicas que protegen los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales y promover la participación de los consumidores y las familias en la atención de salud mental;
- g) a que fortalezcan el desarrollo de servicios y programas para satisfacer las necesidades específicas de las mujeres, los niños, los ancianos, los refugiados, las víctimas de los desastres y las poblaciones indígenas;
- h) a que refuercen los enfoques multisectoriales a la salud mental, a objeto de fortalecer la colaboración con todos los otros sectores interesados en la atención mental y la promoción de la salud mental, como son el de la educación, el de bienestar social, el de trabajo, las organizaciones no gubernamentales (ONG) y el sector privado;
- i) a que promuevan la participación comunitaria y familiar en la atención a las personas que padecen de trastornos mentales y las acciones de promoción de la salud mental.

1. Solicitar al Director:
  - a) que fortalezca la capacidad regional de cooperación técnica, especialmente en lo relativo a las medidas dirigidas contra el estigma y la discriminación, y ayude a mejorar la capacidad de los países para administrar los planes de salud mental y a movilizar recursos para los programas de salud mental;
  - b) que aliente a los Estados Miembros a colaborar en la generación y difusión de información acerca de las intervenciones de salud mental que son eficaces en función de los costos, y a elaborar y evaluar proyectos de demostración;
  - c) que ayude a los Estados Miembros a lograr que se brinde tratamiento esencial adecuado para los trastornos mentales más prevalentes;
  - d) que siga respaldando la inclusión de la salud mental en todos los foros y actividades de salud, y que favorezca la forja de alianzas con otras instituciones y organismos que pueden efectuar una contribución significativa a la promoción de la salud mental en las Américas;
  - e) que difunda la información acerca de los adelantos logrados en la Región en años recientes.

*(Octava reunión, el 28 de junio de 2001)*

***CE128.R13: Dengue y Dengue Hemorrágico***

***LA 128.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo considerado la situación alarmante del dengue, la amenaza inminente de un aumento del dengue hemorrágico y la reaparición de la fiebre amarilla urbana en las Américas (documento CE128/15), y

Expresando la inquietud de que en la Región de las Américas hay una tendencia similar a la observada en la Región de Asia Sudoriental, donde cada año ocurren centenares de miles de casos de dengue hemorrágico,

***RESUELVE:***

Recomendar al Consejo Directivo la adopción de una resolución conforme a los siguientes términos:

***EL 43.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Habiendo considerado el informe sobre el dengue y el dengue hemorrágico en las Américas (documento CD43/\_\_);

Reconociendo la tendencia a un número cada vez mayor de casos de dengue y dengue hemorrágico en las Américas, así como la posible reurbanización de la fiebre amarilla en la Región, y

Considerando las resoluciones CD38.R12, CD39.R11 y CD40.R15,

***RESUELVE:***

1. Instar a los Estados Miembros:
  - a) a que promuevan la coordinación intersectorial, establezcan asociaciones y apoyen las redes para fortalecer los programas de control y prevención del dengue;
  - b) a que estimulen la adopción de medidas ambientales sostenibles en las áreas de la planificación y los servicios urbanos, como el abastecimiento de agua, el desecho de aguas residuales, la gestión de los residuos sólidos y el desecho de neumáticos usados;
  - c) a que incorporen en los programas de prevención y control del dengue la participación comunitaria, la educación sanitaria y estrategias de comunicación social dirigidas a promover el cambio de conducta.
  - d) a que presten la asistencia apropiada a los enfermos dentro y fuera del sector sanitario formal, incluido el reconocimiento de la enfermedad, el diagnóstico y la respuesta adecuada (en especial, la atención inicial en el hogar y el conocimiento de medidas básicas de tratamiento);
  - e) a que normalicen la notificación de casos de dengue en toda la Región para mejorar el intercambio de información y permitir de esta manera que todos los países conozcan bien la situación del dengue así como la naturaleza de los virus circulantes, y que la notificación de casos incluya casos clínicos (casos probables), casos confirmados por laboratorio, casos de dengue hemorrágico, defunciones debidas a dengue hemorrágico o síndrome de choque del dengue, y los serotipos identificados;

- f) a que implanten mecanismos de emergencia y preparativos para hacer frente a los brotes y las epidemias;
  - g) a que examinen la función de los insecticidas en los programas de prevención y control del dengue, con miras a incorporarlos de mejor manera en un programa integral.
2. Solicitar al Director:
- a) que siga instando a los Estados Miembros a incorporar, en sus programas de prevención y control del dengue, medidas de comunicación social y de participación comunitaria que propicien cambios de conducta positivos;
  - b) que siga preconizando la necesidad de afrontar la amenaza del dengue y el dengue hemorrágico en los Estados Miembros por medio de alianzas intersectoriales;
  - c) que ayude a los Estados Miembros a fortalecer los programas de prevención y control del dengue mediante la incorporación de componentes de educación sanitaria en el sistema de enseñanza elemental;
  - d) que apoye la aplicación de medidas multisectoriales que fomenten el desarrollo de hábitos saludables en la comunidad, como los ecoclubes, la vivienda saludable y otras iniciativas de orientación ambiental;
  - e) que promueva la capacitación de los trabajadores de salud a todos los niveles para mejorar su capacidad de hacer frente a la carga cada vez mayor que el dengue está imponiendo a la sociedad.
  - f) que, en la medida que lo permitan los recursos, preste la debida atención y asigne recursos dentro de la Oficina, así como en la cooperación técnica prestada a los países, con el fin de afrontar el gran desafío planteado a la Región por el dengue, el dengue hemorrágico y la posible reurbanización de la fiebre amarilla.

*(Octava reunión, el 28 de junio de 2001)*

**CE128.R14: Recaudación de las Cuotas**

**LA 128.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Habiendo considerado el informe del Director sobre la recaudación de las cuotas (documento CE128/21 y Add. I), así como el informe relativo a los Estados Miembros atrasados en el pago de las cuotas al punto de que pueden estar sujetos a la aplicación del artículo 6.B de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud;

Tomando en cuenta las disposiciones del artículo 6.B de la Constitución de la OPS relativas a la suspensión de los privilegios de voto de los Estados Miembros que no cumplan sus obligaciones financieras, y de la posible aplicación de dichas disposiciones a cuatro Estados Miembros, y

Observando con preocupación que hay 25 Estados Miembros que no han efectuado ningún pago de sus contribuciones señaladas para 2001 y que las cantidades recaudadas correspondientes a las contribuciones de 2001 representan solo 31% del total de las cuotas señaladas para el año en curso,

**RESUELVE:**

1. Tomar nota del informe del Director relativo a la recaudación de las cuotas (documento CE128/21 y Add. I).
2. Agradecer a los Estados Miembros que ya han efectuado pagos correspondientes a 2001 e instar a los demás Estados Miembros a que paguen sus cuotas pendientes lo más pronto posible.
3. Recomendar al 43.º Consejo Directivo que las restricciones al derecho de voto estipuladas en el artículo 6.B de la Constitución de la OPS se apliquen rigurosamente a aquellos Estados Miembros que, para la fecha de la apertura de dicha sesión, no hayan efectuado pagos sustanciales destinados a cumplir con sus compromisos relativos a las cuotas, y a los que no hayan efectuado los pagos previstos de conformidad con sus planes de pagos diferidos.
4. Solicitar al Director que continúe informando a los Estados Miembros acerca de todo saldo pendiente y que informe al 43.º Consejo Directivo sobre el estado de la recaudación de las cuotas.

*(Octava reunión, el 28 de junio de 2001)*

***CE128.R15: Asignaciones y Cuotas de la Organización Panamericana de la Salud para el Ejercicio 2002-2003***

***LA 128.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo considerado el informe del Subcomité de Planificación y Programación (documento CE128/5);

Habiendo examinado el proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio económico 2002-2003, contenido en el *Documento Oficial 296*;

Observando con satisfacción los esfuerzos desplegados por el Director para preparar este proyecto de presupuesto por programas en un clima de constantes dificultades fiscales;

Tomando nota con satisfacción de la transparencia del documento del presupuesto y el constante hincapié que hace en los programas y los resultados esperados, y

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

***RESUELVE:***

1. Agradecer al Subcomité de Planificación y Programación el examen preliminar que llevó a cabo del proyecto de presupuesto por programas y el informe que preparó sobre el particular.
2. Expresar su agradecimiento al Director por la atención que prestó al ahorro de costos y al fortalecimiento de los programas al preparar el presupuesto.
3. Recomendar al 43.º Consejo Directivo que considere el proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio económico 2002-2003 que se presenta en el *Documento Oficial 296*, habida cuenta de las observaciones formuladas por los Miembros del Comité Ejecutivo y guiándose por ellas, y que apruebe las resoluciones que se requieran sobre las asignaciones y sobre las cuotas.

*(Octava reunión, el 28 de junio de 2001)*

***CE128.R16: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en las Américas***

***LA 128.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo analizado el informe sobre síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas (documento CE128/9 y Add. I),

***RESUELVE:***

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

***EL 43.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Habiendo analizado y discutido el informe sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas (documento CD43/\_\_);

Considerando las tendencias de las epidemias de VIH/SIDA/ITS en las Américas y su presente y futuro impacto en las poblaciones de jóvenes, mujeres y niños;

Conciente de la necesidad de aplicar y extender la cobertura de métodos y tecnologías eficaces y accesibles a las poblaciones más vulnerables mediante el fortalecimiento de los servicios y sistemas de salud;

Reconociendo la necesidad del compromiso de los gobiernos y la sociedad para responder de manera solidaria y efectiva a las necesidades de prevención y tratamiento de la infección con VIH, el SIDA y las infecciones de transmisión sexual en los Estados Miembros de la Región, y

Tomando en cuenta el Plan de Acción, Anexo A, #14, Salud, de la III Cumbre de las Américas (Quebec, Canadá, 20-22 de abril de 2001), la resolución WHA54.10 de la Asamblea Mundial de la Salud y la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA del 26.º período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas (Nueva York, Estados Unidos, 25-27 de junio de 2001),

***RESUELVE:***

1. Instar a los Estados Miembros:

- a) a que contribuyan activamente a alcanzar las metas con fecha definida fijadas por el 26.º período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA;
- b) a que otorguen a la infección con VIH/SIDA/ITS el más alto nivel de prioridad entre los temas de salud y desarrollo y que asignen los recursos necesarios e indispensables para su prevención y control, especialmente recursos financieros y humanos para atajar y disminuir la propagación de VIH/SIDA/ITS;
- c) a que enfoquen mayores esfuerzos a la prevención de la transmisión sexual del VIH y otras infecciones de transmisión sexual mediante la educación, la comunicación social, el mercadeo social, el asesoramiento y las pruebas voluntarias, y la promoción de la salud sexual, particularmente dirigidas a jóvenes y adolescentes;
- d) a que amplíen la respuesta nacional, promoviendo una mayor incorporación intersectorial incluyendo la participación del sector privado y aumentando la cobertura y alcance de los servicios de prevención y atención a las comunidades más afectadas y vulnerables a la epidemia;
- e) a que continúen atacando la estigmatización y discriminación asociadas con el VIH/SIDA mediante el fortalecimiento de las medidas legislativas necesarias y mayor concientización de la población;
- f) a que se unan y apoyen las iniciativas subregionales, como el Plan Pancaribeño de Prevención y Atención del VIH/SIDA/ITS y los procesos de cooperación horizontal y desarrollo de redes de colaboración entre países.

2. Solicitar al Director:

- a) que siga facilitando la respuesta interagencial, interinstitucional e intersectorial promovida por ONUSIDA en apoyo al diseño, ejecución y evaluación de planes estratégicos y programas nacionales y regionales de prevención de la infección con VIH/SIDA/ITS;
- b) que promueva el desarrollo de una mayor capacidad para prestar atención integral a las personas con VIH/SIDA en las Américas, incluyendo un mayor acceso a los medicamentos tanto antirretrovirales como contra las infecciones oportunistas, y a suministros de laboratorio clínico;
- c) a que saque partido de la experiencia de la OPS y de sus asociados para afrontar los asuntos de género, incluida la vulnerabilidad de la mujer y el papel del hombre, como parte integral de las actividades de prevención de la infección por el VIH.

*(Octava reunión, el 28 de junio de 2001)*

***Decisiones***

***Decisión CE128(D1): Adopción del orden del día***

De conformidad con el artículo 9 del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo, se adoptó el orden del día presentado por el Director (documento CE128/1, Rev. 3).

*(Primera reunión, 25 de junio de 2001)*

***Decisión CE128 (D2): Representación del Comité Ejecutivo en el 43.º Consejo Directivo de la OPS, 53ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas***

De conformidad con el artículo 54 del Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo decidió designar al titular de la Presidencia (Cuba) y de la Vicepresidencia (Canadá) del Comité Ejecutivo para representarlo en el 43.º Consejo Directivo, 53.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Como suplentes de esos representantes, el Comité designó a los delegados de Jamaica y Uruguay, respectivamente.

*(Primera reunión, 25 de junio de 2001)*

***Decisión CE128(D3): Informe del Subcomité de Planificación y Programación***

El Comité Ejecutivo tomó nota del informe sobre la 35.ª sesión del Subcomité de Planificación y Programación (documento CE128/5), agradeció a la Presidencia la presentación del informe y expresó su gratitud al Subcomité por su trabajo.

*(Primera reunión, 25 de junio de 2001)*

***Decisión CE128(D4): Resoluciones y otras acciones de la 54.ª Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS***

El Comité Ejecutivo tomó nota del informe sobre las resoluciones y otras acciones de la 54.ª Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS (documento CE128/25).

*(Tercera reunión, 26 de junio de 2001)*

***Decisión CE128(D5): Informe sobre la Tercera Cumbre de las Américas***

El Comité Ejecutivo tomó nota del informe sobre la Tercera Cumbre de las Américas (documento CE128/19), agradeció a la Oficina la presentación del informe y encomió a la Organización por el papel que había desempeñado al poner de relieve el tema de la salud en las Cumbres de las Américas y otras reuniones internacionales de líderes políticos.

*(Tercera reunión, 26 de junio de 2001)*

***Decisión CE128(D6): Proceso para la elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana***

El Comité Ejecutivo tomó nota de la propuesta presentada por la Delegación de México en cuanto al proceso para elegir al Director de la OSP (documento CE128/27), pero no consideró necesario recomendar modificación alguna de las disposiciones previstas en la Constitución de la OPS y en el Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana con respecto a la elección del Director.

*(Quinta reunión, 27 de junio de 2001)*

***Decisión CE128(D7): Informe financiero parcial del Director para 2000***

El Comité Ejecutivo tomó nota del Informe Financiero Parcial del Director para 2000 (*Documento Oficial 301*).

*(Sexta reunión, 27 de junio de 2001)*

***Decisión CE128(D8): Edificios de la OPS y sus instalaciones***

El Comité Ejecutivo tomó nota del informe sobre los edificios de la OPS y sus instalaciones (documento CE128/22).

*(Sexta reunión, 27 de junio de 2001)*

***Decisión CE128(D9): Intervención del representante de la Asociación de Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana***

El Comité Ejecutivo tomó nota de la intervención del representante de la Asociación de Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CE128/24).

*(Sexta reunión, 27 de junio de 2001)*

***Decisión CE128(D10): Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud para 2003-2007***

El Comité Ejecutivo tomó nota del informe sobre el Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud para el período 2003-2007 (documento CE128/20) y expresó su agradecimiento al Director por haber procurado incluir a los Estados Miembros desde las etapas más tempranas del proceso de planificación estratégica para el próximo cuatrienio.

*(Séptima reunión, 28 de junio de 2001)*

***Decisión CE128(D11): Informe del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo***

El Comité Ejecutivo tomó nota del informe del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo (documento CE128/6) y apoyó las recomendaciones adoptadas por el Subcomité en su 19.<sup>a</sup> sesión, en particular la recomendación de que el tema “género, mujer, salud y desarrollo” se incorporase al orden del día de las sesiones de los Cuerpos Directivos que se celebrarían en 2002.

*(Octava reunión, 28 de junio de 2001)*

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

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

---

Carlos Dotres Martínez  
Delegado de Cuba  
Presidencia de la 128.<sup>a</sup> sesión  
del Comité Ejecutivo

---

George A. O. Alleyne  
Secretario *ex officio* de la 128.<sup>a</sup> sesión  
del Comité Ejecutivo  
Director de la Oficina Sanitaria Panamericana



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



# 128.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., U.S.A., 25 al 29 de junio de 2001

---

CE128/1, Rev. 3 (Esp.)  
25 junio 2001  
ORIGINAL: INGLÉS

## ORDEN DEL DÍA

*No. del documento*

### 1. APERTURA DE LA SESIÓN

### 2. ASUNTOS RELATIVOS AL REGLAMENTO

- |     |   |                                 |
|-----|---|---------------------------------|
| 2.1 | Adopción del orden del día y del programa de reuniones<br><i>(Artículo 9, Reglamento Interno)</i>   | CE128/1, Rev. 3<br>y CE128/WP/1 |
| 2.2 | Representación del Comité Ejecutivo en el<br>43. <sup>er</sup> Consejo Directivo de la OPS, 53. <sup>a</sup> sesión del<br>Comité Regional de la OMS para las Américas<br><i>(Artículo 54, Reglamento Interno del Comité Ejecutivo)</i>                                       | CE128/3                         |
| 2.3 | Orden del día provisional del 43. <sup>er</sup> Consejo<br>Directivo de la OPS, 53. <sup>a</sup> sesión del Comité<br>Regional de la OMS para las Américas<br><i>(Artículo 14.B, Constitución de la OPS)</i><br><i>(Artículo 7, Reglamento Interno del Consejo Directivo)</i> | CE128/4                         |
| 2.4 | El proceso de elección del Director de<br>la Organización Panamericana de la Salud<br><i>(Propuesto por el Gobierno de México)</i>  | CE128/27                        |

### 3. ASUNTOS RELATIVOS A LOS COMITÉS

- |     |   |                  |
|-----|---|------------------|
| 3.1 | Informe sobre la 35. <sup>a</sup> sesión del Subcomité de Planificación y Programación          | CE128/5          |
| 3.2 | Informe sobre la 19. <sup>a</sup> sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo | CE128/6          |
| 3.3 | Premio OPS en Administración, 2001  | CE128/7 y Add. I |
| 3.4 | Organizaciones no gubernamentales en relaciones oficiales con la OPS                            | CE128/8 y Add. I |
|     | – Examen periódico de las organizaciones no gubernamentales en relaciones oficiales con la OPS  |                  |
|     | – Estudio de las solicitudes recibidas  |                  |

*(Principios que rigen las relaciones entre la Organización Panamericana de la Salud y las organizaciones no gubernamentales)*

### 4. ASUNTOS RELATIVOS A LA POLÍTICA DE LOS PROGRAMAS

- |     |  |                                    |
|-----|--|------------------------------------|
| 4.1 | Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2002-2003 | <i>Doc. of. 296*</i><br>y CE128/26 |
| 4.2 | Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas   | CE128/9 y Add. I                   |
| 4.3 | Vacunas e inmunización   | CE128/10                           |
| 4.4 | Informe sobre la XII Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura                                   | CE128/11                           |
| 4.5 | Desarrollo y fortalecimiento de la gestión de los recursos humanos en el sector de la salud                              | CE128/12                           |

---

\*Distribuido por separado

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

- |      |  |          |
|------|--|----------|
| 4.6  | Salud, agua potable y saneamiento en el desarrollo humano sostenible                     | CE128/13 |
| 4.7  | Reglamento Sanitario Internacional   | CE128/14 |
| 4.8  | Prevención y control del dengue  | CE128/15 |
| 4.9  | Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica   | CE128/16 |
| 4.10 | Promoción de la salud  | CE128/17 |
| 4.11 | Salud mental   | CE128/18 |
| 4.12 | Informe sobre la Tercera Cumbre de las Américas  | CE128/19 |
| 4.13 | Plan estratégico para la Organización Panamericana de la Salud para el período 2003-2007 | CE128/20 |

**5. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS**

- |     |   |                      |
|-----|---|----------------------|
| 5.1 | Informe sobre la recaudación de las cuotas<br><i>(Resolución CD42.R4)</i> | CE128/21 y Add. I    |
| 5.2 | Informe financiero parcial del Director para 2000                         | <i>Doc. of. 301*</i> |
| 5.3 | Edificios de la OPS y sus instalaciones                                   | CE128/22             |

**6. ASUNTOS RELATIVOS AL PERSONAL**

- |     |   |                           |
|-----|---|---------------------------|
| 6.1 | Modificaciones del Reglamento del Personal de la OSP                  | CE128/23<br>y Corrigendum |
| 6.2 | Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OSP | CE128/24                  |

---

\*Distribuido por separado

## **7. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL**

- 7.1 Resoluciones y otras acciones de la 54.<sup>a</sup> Asamblea Mundial  
de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS

CE128/25

## **8. OTROS ASUNTOS**



# 128.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

*Washington, D.C., U.S.A., 25 al 29 de junio de 2001*

---

## LISTA DE DOCUMENTOS

### Documento Oficial

- Documento Oficial 301* Informe financiero parcial del Director para 2000
- Documento Oficial 296 y CE128/26* Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2002-2003

### Documentos de trabajo

- CE128/1, Rev. 3 y CE128/WP/1 Adopción del orden del día y del programa de reuniones
- CE128/2, Rev. 2 Lista de Participantes
- CE128/3 Representación del Comité Ejecutivo en el 43.<sup>er</sup> Consejo Directivo de la OPS, 53.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
- CE128/4 Orden del día provisional del 43.<sup>er</sup> Consejo Directivo de la OPS, 53.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
- CE128/5 Informe sobre la 35.<sup>a</sup> sesión del Subcomité de Planificación y Programación
- CE128/6 Informe sobre la 19.<sup>a</sup> sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo

**Working Documents (cont.)**

|                  |   |
|------------------|---|
| CE128/7 y Add. I | Premio OPS en Administración, 2001  |
| CE128/8 y Add. I | Organizaciones no gubernamentales en relaciones oficiales con la OPS<br><br>– Examen periódico de las organizaciones no gubernamentales en relaciones oficiales con la OPS<br><br>– Estudio de las solicitudes recibidas<br><br><i>(Principios que rigen las relaciones entre la Organización Panamericana de la Salud y las organizaciones no gubernamentales)</i> |
| CE128/9 y Add. I | Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas  |
| CE128/10         | Vacunas e inmunización  |
| CE128/11         | Informe sobre la XII Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura   |
| CE128/12         | Desarrollo y fortalecimiento de la gestión de los recursos humanos en el sector de la salud   |
| CE128/13         | Salud, agua potable y saneamiento en el desarrollo humano sostenible  |
| CE128/14         | Reglamento Sanitario Internacional  |
| CE128/15         | Prevención y control del dengue   |
| CE128/16         | Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica  |
| CE128/17         | Promoción de la Salud   |
| CE128/18         | Salud mental  |
| CE128/19         | Informe sobre la Tercera Cumbre de las Américas   |

**Documentos de trabajo (cont.)**

|                           |   |
|---------------------------|---|
| CE128/20                  | Plan estratégico para la Organización Panamericana de la Salud para el período 2003-2007  |
| CE128/21 y Add. I         | Informe sobre la recaudación de las cuotas  |
| CE128/22                  | Edificios de la OPS y sus instalaciones   |
| CE128/23<br>y Corrigendum | Modificaciones del Reglamento del Personal de la OSP  |
| CE128/24                  | Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OSP   |
| CE128/25                  | Resoluciones y otras acciones de la 54. <sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS |
| CE128/27                  | El proceso de elección del Director de la Organización Panamericana de la Salud   |

*(Propuesto por el Gobierno de México)*



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



# 128.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

*Washington, D.C., U.S.A., 25 al 29 de junio de 2001*

---

CE128/2, Rev. 2  
28 June 2001

**LIST OF PARTICIPANTS  
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members of the Committee**  
**Miembros del Comité**

***Bolivia***

Lic. Gualberto Rodríguez San Martín  
Director de Relaciones Internacionales  
Ministerio de Salud y Previsión Social  
La Paz

***Canada***  
***Canadá***

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

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

Ms. Daniele Testelin  
Multilateral Branch  
Canadian International Development Agency  
Ottawa

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

***Cuba***

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

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

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

Dr. Adolfo Gerardo Alvarez Pérez  
Funcionario, Oficina del Ministro de Salud  
Ministerio de Salud Pública  
La Habana

***El Salvador***

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

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

***Guyana***

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

***Jamaica***

Dr. George A. Briggs  
Permanent Secretary  
Ministry of Health  
Kingston

Dr. Eva M. Lewis-Fuller  
Director, Cooperation in Health  
Ministry of Health  
Kingston

***Nicaragua***

Lic. Mariángles Argüello  
Ministra de Salud  
Ministerio de Salud  
Managua

Dr. Norman Jirón Romero  
Director General de Acreditación, Regulación de  
Medicamentos, Alimentos y Zoonosis  
Ministerio de Salud  
Managua

Dra. Janett Vázquez  
Asesora de la Ministra de Salud  
Ministerio de Salud  
Managua

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

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

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

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

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

Ms. Carol Dabbs  
Team Leader, Health/Population/Nutrition Team  
Bureau for Latin America and the Caribbean  
United States Agency for International Development  
Washington, DC

Ms. Lisa Jacobson  
Budget Analyst  
Office of United Nations System Administration  
Bureau of International Organization Affairs  
Department of State  
Washington, DC

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

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

Mr. Michael Lyman  
International Health Officer for the Americas  
Office of the Americas and Middle East  
Office of International and Refugee Health  
Department of Health and Human Services  
Rockville, MD

Dr. William Steiger  
Special Assistant to the Secretary  
Department of Health and Human Services  
Rockville, MD

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

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

***Uruguay***

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

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

***Uruguay (cont.)***

Lic. Jorge A. Sere Sturzenegger  
Ministro Consejero  
Misión de Uruguay ante la OEA  
Washington, DC

**Observer States**  
**Estados Observadores**

***Antigua and Barbuda***  
***Antigua y Barbuda***

Mr. Starret Greene  
Minister Counselor  
Embassy of Antigua and Barbuda  
Washington, DC

***Chile***

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

***Dominican Republic***  
***República Dominicana***

Dr. José Rodríguez Soldevila  
Secretario de Estado de Salud Pública y  
Asistencia Social  
Secretaría de Salud Pública y  
Asistencia Social  
Santo Domingo

**Observer States (cont.)**  
**Estados Observadores (cont.)**

***Dominican Republic (cont.)***  
***República Dominicana (cont.)***

Dra. Alejandrina Tapia  
Directora Regional de Salud Bucal  
Santo Domingo

Lic. Jaime de la Rosa  
Coordinador Técnico del  
Proyecto Prevención VIH/SIDA/Banco Mundial  
Santo Domingo

Lic. Luis Montalvo  
Proyecto Prevención VIH/SIDA/Banco Mundial  
Santo Domingo

***France***  
***Francia***

Mme Sylvie Alvarez  
Observatrice Permanente de la France  
auprès de l'Organisation des États américains  
Washington, DC

Mme Marie-Anne Courrian  
Observatrice Permanente de la France  
auprès de l'Organisation des États américains  
Washington, DC

***Mexico***  
***México***

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

**Observer States (cont.)**  
**Estados Observadores (cont.)**

*Mexico (cont.)*

*México (cont.)*

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

**Representatives of Intergovernmental Organizations**  
**Representantes de Organizaciones Intergubernamentales**

*Economic Commission for Latin America and the Caribbean*  
*Comisión Económica para América Latina y el Caribe*

Mr. Rex García

*Inter-American Development Bank*  
*Banco Interamericano de Desarrollo*

Mr. Alfredo Solari

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

Mr. John Anthony Miranda

**Representatives of Nongovernmental Organizations  
Representantes de Organizaciones no gubernamentales**

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

Eng. Luiz Augusto de Lima Pontes

***Latin American Confederation of Clinical Biochemistry  
Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica***

Lic. Nelly Betances de Holguín Cruz

***Latin American Federation of Hospitals  
Federación Latinoamericana de Hospitales***

Dr. Norberto Larroca

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

Dra. Hilda Abreu

***National Alliance for Hispanic Health***

Ms. Marcela Gaitán

***United States Pharmacopeial Convention, Inc.***

Dr. Enrique Fefer

**World Health Organization  
Organización Mundial de la Salud**

Mr. Helge K. Larsen  
Director, Budget and Management Reform  
Geneva, Switzerland

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

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

Dr. George A. O. Alleyne  
Director

*Advisers to the Director  
Asesores del Director*

Dr. David Brandling-Bennett  
Deputy Director  
Director Adjunto

Dr. Mirta Roses Periago  
Assistant Director  
Subdirectora

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

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

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

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

***Asesores del Director (cont.)***

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

***Legal Counsel***  
***Asesora Jurídica***

Dr. Heidi V. Jiménez

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

Dr. Richard P. Marks

***Chief, Conference and Secretariat Services***  
***Jefa, Servicios de Conferencias y Secretaría***

Ms. Janice A. Barahona