



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



130.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 24-28 de junio de 2002

CE130/FR (Esp.)
1 agosto 2002
ORIGINAL: ESPAÑOL

INFORME FINAL

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Apertura de la sesión	6
Asuntos relativos al reglamento.....	6
Mesa Directiva.....	6
Adopción del orden del día y del programa de reuniones	7
Representación del Comité Ejecutivo en la 26. ^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54. ^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.....	7
Orden del día provisional de la 26. ^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54. ^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.....	7
Asuntos relativos a los comités.....	8
Informe de la 36. ^a sesión del Subcomité de Planificación y Programación	8
Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2002	9
Informe del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales.....	9
Asuntos relativos a la política de los programas	10
Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para 2004-2005	10
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas	13
Vacunas e inmunización.....	17
Evaluación de las orientaciones estratégicas y programáticas para 1999-2002	21
Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007	25
Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI)	31
Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo.....	33

CONTENIDO (*cont.*)

Página

Asuntos relativos a la política de los programas (<i>cont.</i>)	
La salud y el envejecimiento	38
Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas.....	41
Respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas	45
La mujer, la salud y el desarrollo	48
Evaluación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS).....	50
Informe de la Reunión de los Ministros de Salud y de Medio Ambiente de las Américas (RMSMAA).....	54
Centenario de la Organización Panamericana de la Salud	56
Asuntos administrativos y financieros	57
Informe sobre la recaudación de las cuotas	57
Reglamento financiero de la OPS.....	59
Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo para 2000–2001	60
Edificios de la OPS y sus instalaciones.....	67
Asuntos relativos al personal	68
Modificaciones del Reglamento del Personal de la OSP	68
Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OSP	69
Asuntos de información general	73
Resoluciones y otras acciones de la 55. ^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS.....	73
Otros asuntos	74
Entrega de un premio por la Sociedad Mundial de Epidemiología Veterinaria	74
Clausura de la sesión	75

CONTENIDO (cont.)

	<i>Página</i>
Resoluciones y decisiones	76
Resoluciones	76
CE130.R1 Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2003-2007	76
CE130.R2 Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el ejercicio económico 2004-2005	77
CE130.R3 Recaudación de las cuotas	78
CE130.R4 Reglamento financiero de la OPS	79
CE130.R5 Informe Financiero del Director e informe del Auditor Externo correspondientes a 2000-2001	80
CE130.R6 Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas	81
CE130.R7 Vacunas e inmunización	83
CE130.R8 Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI)	85
CE130.R9 Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo	86
CE130.R10 Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad Maternas	88
CE130.R11 Edificios de la OPS y sus instalaciones	90
CE130.R12 Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana	90
CE130.R13 Respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas	92
CE130.R14 La mujer, la salud y el desarrollo	93
CE130.R15 Evaluación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS)	95
CE130.R16 Informe del Jurado del Premio OPS en Administración, 2002	96
CE130.R17 Organizaciones no Gubernamentales en Relaciones Oficiales con la OPS	97
CE130.R18 Orden del día provisional de la 26. ^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54. ^a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas	98
CE130.R19 La salud y el envejecimiento	99
CE130.R20 Reunión de los Ministros de Salud y el Medio Ambiente de las Américas (MSMAA)	101

CONTENIDO (cont.)

	<i>Página</i>
<i>Decisiones</i>	102
CE130(D1) Adopción del orden del día.....	102
CE130(D2) Representación del Comité Ejecutivo en la 26. ^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54. ^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas del Comité Regional de la OMS para las Américas	102
CE130(D3) Informe del Subcomité de Planificación y Programación	103
CE130(D4) Evaluación de las orientaciones estratégicas y programáticas para 1999–2002.....	103
CE130(D5) Fondo de trabajo	103
CE130(D6) Centenario de la Organización Panamericana de la Salud	103
CE130(D7) Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OSP.....	103
CE130(D8) Resoluciones y otras acciones de la 55. ^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS	104

Anexo A. Orden del día

Anexo B. Lista de documentos

Anexo C. Lista de participantes

INFORME FINAL

Apertura de la sesión

La 130.^a sesión del Comité Ejecutivo se celebró en la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) del 24 al 27 de junio de 2002. La sesión contó con la presencia de los delegados de los nueve Miembros del Comité Ejecutivo: Bolivia, Canadá, El Salvador, Guyana, Honduras, Jamaica, Perú, República Dominicana y Uruguay. Estuvieron presentes en calidad de observadores los delegados de los siguientes Estados Miembros de la Organización: Argentina, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos de América, Francia y México. Además, estuvieron representadas cinco organizaciones intergubernamentales y ocho organizaciones no gubernamentales.

El Dr. Leslie Ramsammy (Guyana, Presidencia del Comité Ejecutivo) inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes. El Dr. George A. O. Alleyne (Director, Oficina Sanitaria Panamericana) pronunció también algunas palabras de bienvenida. Manifestó su beneplácito ante la asistencia de tantos ministros de salud y dijo que su presencia evidenciaba la importancia que los países atribuyen al trabajo de la Organización y a las reuniones de los Cuerpos Directivos. La 130.^a sesión del Comité sería particularmente importante, pues la Oficina y los Estados Miembros se preparaban para la Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre de 2002.

Asuntos relativos al reglamento

Mesa Directiva

Los Miembros que habían sido elegidos para desempeñar un cargo en la 129.^a sesión del Comité siguieron desempeñándolo en la 130.^a sesión. En consecuencia, la Mesa Directiva quedó integrada de la siguiente manera:

<i>Presidencia:</i>	Guyana	(Dr. Leslie Ramsammy)
<i>Vicepresidencia:</i>	Uruguay	(Dr. Julio Vignolo Ballesteros)
<i>Relatoría:</i>	Bolivia	(Dr. Enrique Paz Argandoña)

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

Adopción del orden del día y del programa de reuniones (documentos CE130/1, Rev. 1, y CE130/WP/1)

De conformidad con el Artículo 9 del Reglamento Interno, el Comité adoptó el orden del día provisional preparado por la Oficina. El Comité también adoptó el programa de reuniones (decisión CE130[D1]).

Representación del Comité Ejecutivo en la 26.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 54.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE130/3)

De conformidad con el artículo 54 del Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo nombró a los delegados de Guyana y Uruguay, titulares de la Presidencia y la Vicepresidencia, respectivamente, para representar al Comité en la 26.ª Conferencia Sanitaria Panamericana. Se designó a Canadá y Bolivia como suplentes de Guyana y de Uruguay, respectivamente (decisión CE130[D2]).

Orden del día provisional de la 26.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 54.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE130/4, Rev.)

El Dr. Brandling-Bennett (Director Adjunto, OSP) presentó el orden del día provisional preparado por el Director en conformidad con el artículo 7.F de la Constitución de la OPS y el artículo 8 del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana. Señaló que el tema 4.8, "La salud y el envejecimiento", se había agregado a petición del Comité Ejecutivo. También destacó dos puntos nuevos del orden del día en cuanto a los premios: el Premio de Bioética Manuel Velasco Suárez (punto 7.3), una nueva distinción anual que se entregaría por primera vez en la 26.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, y el Premio de Periodismo Sanitario "Centenario de la OPS" (punto 7.4), que se entregaría sólo en 2002, el año del centenario.

Al percatarse de que el orden del día estaba bastante recargado, el Comité Ejecutivo hizo dos sugerencias que podrían aligerar el volumen de trabajo: primero, que las delegaciones podrían distribuir informes escritos sobre el progreso y logros de sus países en las diversas áreas programáticas, en lugar de hablar sobre ellas, y, segundo, que los grupos subregionales como la Comunidad del Caribe (CARICOM) o el Mercado Común del Cono Sur (MERCOSUR) tal vez quisieran considerar la posibilidad de preparar posiciones regionales comunes y elegir un portavoz que interviniese en nombre de todos los países miembros.

En respuesta a una sugerencia de que se agregara un punto que tratara de los actos y celebraciones del centenario, el Director dijo que procuraría incluir información minuciosa sobre el tema en su informe.

El Comité aprobó la resolución CE130.R18, por la cual se adoptó el orden del día provisional, con las modificaciones propuestas.

Asuntos relativos a los comités

Informe del Subcomité de Planificación y Programación (documento CE130/5)

El informe sobre la 36.^a sesión del Subcomité de Planificación y Programación (SPP) fue presentado por el Dr. Francisco López Beltrán, en representación del Gobierno de El Salvador, que había sido elegido para ocupar la Presidencia del Subcomité en la 36.^a sesión. Esa sesión se había celebrado en la sede de la OPS del 25 al 27 de marzo de 2002. El Subcomité había tratado los siguientes puntos, que figuraban también en el orden del día del Comité Ejecutivo en su 130.^a sesión: Evaluación de las orientaciones estratégicas y programáticas para 1999-2002; Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007; Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia; Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo; La salud y el envejecimiento; Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas; La mujer, la salud y el desarrollo; y Respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas. Las observaciones y recomendaciones del Subcomité sobre esos temas se habían tenido en cuenta al revisar los documentos para presentarlos al Comité Ejecutivo y se reflejan en las ponencias y el debate de los puntos del orden del día respectivos en el presente informe.

El Subcomité también trató un tema acerca de los centros panamericanos; sin embargo, en lugar de remitir el tema al Comité Ejecutivo, acordó que este centrara su atención en la evaluación de un solo centro, el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS).

Los resúmenes de las ponencias y los debates sobre todos los temas antedichos pueden consultarse en el informe final de la 36.^a sesión del Subcomité (documento SPP36/FR).

En el debate que siguió al informe del Dr. López Beltrán, se puso de relieve la necesidad de aclarar la función de los centros panamericanos con respecto a los países, especialmente en la esfera de la investigación. Se recalcó que dichos centros no debían duplicar sino complementar las actividades de los centros de investigación nacionales y ayudarlos a mejorar su capacidad.

El Director agradeció al Dr. López Beltrán su actuación en la Presidencia del SPP y expresó su agradecimiento a los Miembros del Subcomité por sus contribuciones, que habían sido muy útiles a la Oficina al preparar los documentos para el Comité Ejecutivo.

El Comité tomó nota del informe y agradeció al Subcomité su trabajo (decisión CE130[D3]).

Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2002 (documentos CE130/6 y CE130/6, Add. I)

El Dr. Manuel Sandoval Lupiae (Honduras) informó de que los representantes de Canadá, Honduras y Uruguay, integrantes del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2002, se habían reunido el miércoles 26 de junio de 2002. Después de examinar la documentación de los candidatos presentados por los Estados Miembros, el Jurado había decidido otorgar el premio al Dr. Hugo Mendoza, de la República Dominicana, por sus esfuerzos pioneros en la investigación de salud pública y su valiosa contribución al mejoramiento de la salud materno-infantil en su país mediante la introducción del enfoque de salud pública en la atención y la enseñanza pediátricas.

El Delegado de la República Dominicana expresó el agradecimiento de su país por el premio concedido al Dr. Mendoza, un gran profesional que había dedicado su vida a los servicios de salud y un profesor universitario distinguido que había publicado muchos trabajos.

El Comité aprobó la resolución CE130.R16.

Informe del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales (documentos CE130/7 y CE130/7, Add. I)

El Sr. Luis Canales Cárdenas (Perú) presentó el informe del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales. El Comité Permanente, compuesto por los representantes de Bolivia, Jamaica y Perú, se había reunido el martes 25 de junio de 2002 para considerar un documento de antecedentes preparado por la Oficina, que contenía la solicitud de la Fundación Interamericana del Corazón (FIAC) de entrar en relaciones oficiales con la OPS, incluida una sinopsis de la entidad solicitante y una reseña de sus actividades colaborativas con la Organización. Después de examinar cuidadosamente la documentación presentada, el Comité Permanente había recomendado al Comité Ejecutivo que admitiera el establecimiento de relaciones oficiales de la FIAC con la OPS.

En la misma reunión, el Comité Permanente había considerado las solicitudes de renovación de las relaciones oficiales presentadas por cuatro organizaciones no gubernamentales: Organización Internacional de Asociaciones de Consumidores

(CI-ROLAC); Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica (COLABIOCLI); Unión Latinoamericana Contra las Enfermedades de Transmisión Sexual (ULACETS); y Coalición Nacional de Organizaciones que prestan Servicios de Salud y Sociales a los Hispanos (cuyo nombre ha cambiado a Alianza Nacional para la Salud de los Hispanos). Después de una breve presentación por las ONG respectivas y las observaciones de la Oficina, y considerando la información escrita proporcionada acerca de las actividades colaborativas entre cada una de las siguientes ONG y la OPS, el Comité Permanente recomendó al Comité Ejecutivo que autorizara la continuación de las relaciones oficiales con la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica (COLABIOCLI) y la Alianza Nacional para la Salud de los Hispanos durante un período de cuatro años.

Con respecto a la Organización Internacional de Asociaciones de Consumidores (CI-ROLAC) y la Unión Latinoamericana Contra las Enfermedades de Transmisión Sexual (ULACETS), el Comité Permanente había recomendado al Comité Ejecutivo que volviera a analizar el estado de las relaciones oficiales entre la OPS y CI-ROLAC y ULACETS al año siguiente, para darles la oportunidad de poner en práctica los planes de trabajo colaborativos y determinar claramente las áreas técnicas que más se beneficiarían de la colaboración.

La representante de la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica (COLABIOCLI) expresó su agradecimiento por la continuación de las relaciones oficiales, que consideraba como un voto de confianza por el Comité Ejecutivo en cuanto al compromiso y profesionalismo de dicha organización. También expresó su agradecimiento por el apoyo ofrecido a COLABIOCLI por la OPS, tanto en la Sede como en la República Dominicana.

El Comité aprobó la resolución CE130.R17.

Asuntos relativos a la política de los programas

Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para 2004–2005 (documento CE130/8)

El Sr. Román Sotela (Jefe, Sección de Presupuesto, OPS) presentó el anteproyecto de presupuesto por programas. Explicó que el año en curso, el primero del bienio, era cuando se pedía al Comité Ejecutivo que considerara la porción del presupuesto ordinario de la OPS que correspondía a la Organización Mundial de la Salud. Las asignaciones para fines de planificación correspondientes al bienio 2004-2005 se habían recibido de la Directora General en marzo y abril de 2002, y se había pedido a las diferentes regiones que notificaran a la sede de la OMS cómo se proponían asignar los fondos.

El anteproyecto de presupuesto por programas daba, por lo tanto, una imagen parcial del financiamiento, ya que representaba sólo el 29% del presupuesto ordinario de la OPS/OMS. En consecuencia, las cifras en el documento CE130/8 no eran necesariamente indicativas del nivel de compromiso de la OPS en las distintas áreas técnicas. La imagen completa se haría evidente sólo cuando se agregase la porción de la OPS del presupuesto, y cuando el presupuesto en su totalidad se considerase en junio de 2003.

La asignación para planificación autorizada por la Directora General a la OPS para 2004-2005 ascendía a \$72.491.000*, cifra que representaba una reducción de \$2.191.000, o sea, 2,9%, en relación con la asignación para 2002-2003 de \$74.682.000. La reducción se había aplicado por igual en las dos porciones principales del presupuesto, la de Oficina Regional y la de programas interpaíses y programas de país, en conformidad con las instrucciones de la OMS.

El período 2004-2005 era el tercer bienio consecutivo en el cual la Región de las Américas afrontaba una reducción de su asignación por la OMS. Acumulativamente, la reducción ascendía a \$10.195.000. Las reducciones progresivas se basaban en la resolución WHA51.31, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1998. Se tenía prevista una evaluación de los efectos de las reducciones para la 57.^a Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2004.

El anexo 1 del documento CE130/8 indicaba la forma como la suma de \$72.491.000 se había dividido según la clasificación de programas de la OMS. La distribución cumplía con las instrucciones de la OMS en el sentido de hacer un traspaso general equivalente a un 2% a 3% del presupuesto a las áreas prioritarias de trabajo de la OMS para 2004-2005.

En el debate que siguió, los delegados plantearon algunas preguntas, en particular acerca de los criterios por los cuales los fondos se habían asignado a las diversas áreas. Se señaló que el documento no parecía mostrar un cambio de 2% a 3% hacia las once áreas prioritarias de trabajo señaladas por la OMS para el período 2004-2005. Al observar que el proyecto de presupuesto por programas mostraba reducciones de algunos programas y aumentos de otros, y que quizás los cambios no siempre eran compatibles con las prioridades para la Región (por ejemplo, un aumento a 11,5% en "Pruebas científicas e información para las políticas" o una disminución a 8,5% de "Enfermedades transmisibles"), varios delegados pidieron que la Oficina comentara sobre esa distribución.

* Nota: A menos que se indique lo contrario, todas las cifras referentes a monedas que aparecen en el presente informe se expresan en dólares de los Estados Unidos.

Se señaló que era necesario analizar cómo se habían distribuido las reducciones en relación con el presupuesto del bienio anterior, y también cómo se resolvería el déficit secundario a las reducciones. Algunos delegados opinaron que no sería apropiado aprobar un aumento de las cuotas de los países para cubrir ese déficit. Un delegado propuso que la OPS podría apelar a la OMS, recalando que la asignación regional no era suficiente para llevar a cabo sus programas.

La Delegada de los Estados Unidos de América dijo que su país había apoyado la reasignación regional de la OMS y señaló que las Américas habían sido la única de las cuatro regiones con asignaciones reducidas que habían podido mitigar el golpe aumentando su presupuesto. Conforme la OPS empezaba el proceso de tomar decisiones para el próximo ciclo del presupuesto, ella confiaba en que se tendrían en cuenta las inquietudes colectivas de todos los Estados Miembros. La política de los Estados Unidos no había cambiado, pues seguía preconizando el crecimiento nominal cero del presupuesto. Su delegación, por consiguiente, esperaba que la OPS haría los ajustes necesarios, seguiría procurando acrecentar la eficiencia y consideraría activamente recurrir a recursos extrapresupuestarios.

En respuesta, el Sr. Sotela recalcó que era engañoso considerar sólo una parte del cuadro e intentar deducir de ella las prioridades de la OPS. El anteproyecto de presupuesto por programas, que representaba sólo 29% del presupuesto total de la OPS, no podía servir de base para llegar a la conclusión de que un elemento particular era una prioridad más o menos importante para la OPS. Pronto, la OPS comenzaría a planificar para el período completo 2004-2005, y para diciembre habría recibido todas las propuestas preparadas por los representantes de la OPS en los países, en consulta con los gobiernos. En ese momento, las prioridades de la Organización y sus Estados Miembros quedarían claras.

Con respecto a la distribución de los fondos a las áreas prioritarias de trabajo, explicó que el cambio de 2% a 3% no se vería necesariamente en cada categoría. Las instrucciones de la OMS eran hacer un traspaso de 2% a 3% en conjunto. La OPS había hecho su mejor esfuerzo para efectuar el cambio y abarcar tantas áreas como fuese posible, pero las áreas prioritarias de la OMS no aumentarían todas forzosamente en la misma proporción.

El Director reiteró que el anteproyecto de presupuesto por programas mostraba sólo una parte del cuadro completo. La OPS había realizado su mejor esfuerzo para seguir las instrucciones de la OMS en cuanto a dónde debían efectuarse los cambios. Sin embargo, como la propia Directora General había señalado a menudo, no era posible hacerlo de una manera sencilla, mecánica. Por ejemplo, el problema de la malaria era más grave en África que en las Américas y, en consecuencia, el cambio en esa área sin duda alguna sería mayor en esa región. Una vez que se tuviera la imagen completa, se haría

evidente el grado en que la OPS había tratado de seguir las prioridades de la OMS, que en su mayoría habían sido aceptadas por los Cuerpos Directivos por considerarlas pertinentes a la OPS también.

Las asignaciones reducidas eran una realidad a la cual la OPS tenía que adaptarse, pues nada podía hacerse para cambiarlas en ese momento. Lo importante era que la OPS estuviese muy atenta cuando el asunto de la distribución de los recursos se reexaminara cabalmente en 2004, a fin de procurar que el resultado de esas deliberaciones fuese equitativo para todo el mundo.

Reconoció que la Región de las Américas había sido muy afortunada porque había podido movilizar recursos extrapresupuestarios. Si los representantes de los Estados Miembros seguían llamando a las puertas idóneas, era de esperar que en último término habría un presupuesto suficiente para llevar a cabo los programas de la Organización.

El Comité aprobó la resolución CE130.R2.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas (documentos CE130/9 y CE130/9, Add. I)

El Dr. Fernando Zacarías (Coordinador, Programa del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y Enfermedades de Transmisión Sexual, OPS) resumió las cifras actuales sobre la infección por el VIH/SIDA en las Américas y en otros lugares. La epidemia ya estaba presente en todos los países y en todos los continentes. En todo el mundo, unos 40 millones de adultos y niños estaban infectados por el VIH o padecían SIDA a fines de 2001. En las Américas, la cifra era de 2,8 millones. La situación era especialmente grave en el Caribe, donde en algunos países y grupos de población la prevalencia de infección por el VIH se elevaba a 8%. El número de casos notificados de SIDA en la Región era de 1,2 millones. Además, cada año ocurrían unos 40 millones de casos de otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

En el documento CE130/9 se presentaba un resumen breve del progreso logrado hasta la fecha en la Región con respecto a la promoción de la salud sexual, la comunicación, la seguridad de la sangre, las intervenciones que se dirigían a los usuarios de drogas inyectables, la reducción de la transmisión maternoinfantil y la aplicación del modelo "paso a paso" de atención integral a las personas aquejadas de VIH/SIDA y sus familias y prestadores de asistencia. La iniciativa para acelerar el acceso a los medicamentos antirretrovíricos (ARV), recientemente lanzada por la OMS/OPS y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), se proponía aumentar la disponibilidad de los ARV a precios asequibles. Hasta la fecha, 26 países de las Américas habían indicado su deseo de participar en la iniciativa. Se

habían organizado once misiones de evaluación y planificación, y las negociaciones para la reducción de los precios de los medicamentos se habían finalizado o estaban en marcha en siete países. Además, estaba tratándose la posibilidad de un convenio subregional de fijación de precios para los países de CARICOM.

Varios sucesos recientes habían brindado la oportunidad de acelerar la respuesta a la epidemia. Uno era la Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la infección por el VIH/SIDA, celebrada en junio de 2001, que había sido tratada por el Comité en su 128.^a sesión. Otros sucesos eran el establecimiento del nuevo Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo, que ya había aprobado las propuestas de financiamiento de varios países de la Región, y la firma de la Agenda Compartida para la Salud, un convenio entre la OPS, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial para colaborar en una variedad de temas de salud, incluida la infección por el VIH/SIDA. Los países también estaban mancomunando esfuerzos en asociaciones subregionales. A nivel internacional, además de la iniciativa de acceso acelerado a los ARV, la OMS había elaborado una estrategia mundial del sector de la salud para tratar la infección por el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. La XIV Conferencia Internacional del SIDA, que tendría lugar en julio de 2002 en Barcelona, brindaría más oportunidades para afrontar los innumerables retos creados por la pandemia de infección por el VIH/SIDA.

El Dr. Zacarías finalizó recalcando que la experiencia había indicado lo que daba resultado y lo que necesitaba hacerse para detener la propagación del VIH. Había conocimientos suficientes para mejorar extraordinariamente la situación con respecto a la enfermedad para 2010. Las medidas tomadas por los países del mundo en los próximos años determinarían si eso ocurriría o no.

El Comité Ejecutivo aplaudió la respuesta regional integral de la OPS a la infección por el VIH/SIDA y respaldó el método "paso a paso", que destacaba la necesidad de fortalecer los sistemas de salud y consideraba la prevención y la atención no como prioridades que competían entre sí, sino como parte del proceso continuo de asistencia sanitaria. Los delegados recalcaron la necesidad de mejorar la accesibilidad y la asequibilidad de los medicamentos antirretrovíricos, ya que era esencial proporcionar tratamiento a millones de personas en la Región que ya estaban infectadas por el virus. Se expresó el apoyo para el enfoque de salud pública al tratamiento antirretrovírico preconizado por la OMS. Además, se consideró que velar por el tratamiento y la atención de las personas infectadas por el VIH ayudaría a reducir el estigma y la discriminación a que a menudo eran sometidas. Es más, el tratamiento y la atención podrían ser las estrategias clave para prevenir la transmisión. A este respecto, se pidió al Dr. Zacarías que pusiera al corriente al Comité sobre los esfuerzos de la OPS para negociar convenios de precios y facilitar el acceso a los medicamentos ARV por conducto del Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública.

El Comité también encomió a la OPS por su afán para promover y aplicar la declaración de compromiso de la Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la infección por el VIH/SIDA y subrayó la necesidad de vigilancia y notificación constantes de la consecución de las metas determinadas por los países en dicha sesión. Con respecto al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis, y el Paludismo, los delegados expresaron la esperanza de que la secretaría que estaba por crearse para administrar el Fondo fuese lo más pequeña posible para que los fondos movilizados no acabasen mermados en exceso por los costos administrativos. El Comité reconoció la necesidad de una respuesta internacional coordinada a la epidemia de infección por el VIH/SIDA porque, como el documento señalaba correctamente, era un problema mundial con efectos de gran alcance. Diversos Estados Miembros describieron iniciativas de cooperación entre sus gobiernos y otros países en la Región para combatir la propagación del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Un delegado observó que el problema de la infección por el VIH/SIDA tenía un "lado positivo", en el sentido de que había dado lugar a niveles sin precedentes de colaboración internacional e intersectorial, que se traduciría en ganancias en otras áreas, como la mitigación de la pobreza y el mejoramiento de las condiciones generales de salud.

Se propusieron varias mejoras al documento. Se sugirió que la sección sobre atención integral podría mejorarse si hiciera más hincapié en la función que las comunidades y las organizaciones comunitarias podrían desempeñar para reducir la propagación del VIH y prestar apoyo a los individuos infectados y sus familias. También se señaló que la atención integral debía incluir pruebas voluntarias y confidenciales y orientación, para que las personas conocieran su estado con respecto al VIH y pudiesen afrontarlo debidamente, junto con apoyo psicosocial a los individuos infectados, su familia y la comunidad. Varios delegados señalaron que el documento no abordaba la función de la investigación y su importancia para sentar las bases para la formulación de políticas y la elaboración de intervenciones.

Los delegados también recalcaron la necesidad de la promoción de la salud y la educación sanitaria centradas en las actitudes y prácticas culturales que eran la causa de los comportamientos individuales. Si bien el documento subrayaba correctamente la necesidad del cambio de comportamiento, las intervenciones dirigidas a los individuos habían surtido efectos contradictorios hasta la fecha. Por consiguiente, era necesario ampliar los esfuerzos de promoción de la salud y esforzarse en cambiar las pautas culturales que promovían o desalentaban ciertos comportamientos. El Delegado del Uruguay señaló un error en el documento, en el cual se leía que el uso de drogas intravenosas era la principal modalidad de transmisión del VIH en su país; en realidad, la proporción más grande de individuos seropositivos en el Uruguay habían contraído la infección mediante las relaciones sexuales.

La representante de ULACETS recibió con beneplácito el reconocimiento que se hacía en el documento de la importancia de las infecciones de transmisión sexual diferentes de la infección por el VIH/SIDA. Anunció que el Congreso Mundial de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA tendría lugar en Uruguay en 2003, y sería la primera vez que se celebraría en América. Un tema principal de discusión en el congreso serían las intervenciones contra la infección por el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual que podrían aplicarse en situaciones de escasos recursos.

El Dr. Zacarías estuvo de acuerdo con las observaciones de los delegados sobre la importancia de la investigación, y señaló que el programa de la OPS sobre la infección por el VIH/SIDA había tenido inicialmente una sólida orientación hacia la investigación y la seguía promoviendo. Otro elemento que era crucial en la lucha contra esta enfermedad —además de la asignación de recursos financieros— era el liderazgo. Los gobiernos de varios países estaban mostrando la manera como el liderazgo político eficaz podía fomentar la acción intersectorial necesaria para abordar las muchas facetas de la epidemia. Con respecto a las observaciones sobre la importancia de incluir a la comunidad en la respuesta a la enfermedad, recalcó que el enfoque integral propugnado por el modelo "paso a paso" se proponía ir más allá del sistema de servicios de salud y trabajar con toda la comunidad.

El orador estuvo de acuerdo en que el cambio de los comportamientos y sus raíces culturales subyacentes era una empresa a largo plazo. De todos modos, estaban produciéndose cambios en la actitud, como lo ponía de manifiesto, por ejemplo, el aumento del uso de condones en algunos países. Para producir el cambio duradero, era esencial concentrar la educación sanitaria y la comunicación en los jóvenes. Por ese motivo, el programa contra la infección por el VIH/SIDA estaba trabajando con el programa de salud de los adolescentes para identificar intervenciones eficaces de cambio de comportamientos. El programa estaba también realizando un estudio para evaluar la repercusión de las campañas de educación sanitaria en 13 países.

En cuanto a las negociaciones de la Organización sobre el establecimiento de precios de los medicamentos ARV, informó que los resultados habían sido contradictorios hasta la fecha. Las empresas farmacéuticas seguían imponiendo condiciones que limitaban la capacidad de los países de obtener medicamentos ARV a precios reducidos. Sin embargo, los representantes de la OPS/OMS y los funcionarios de salud de algunos países habían tenido éxito al negociar convenios satisfactorios de precios. La OPS seguiría apoyando los esfuerzos de los Estados Miembros para negociar precios asequibles.

El Director agradeció a los Estados Miembros que estaban ayudando a la OPS y a sus países hermanos de la Región en la lucha contra la infección por el VIH/SIDA, especialmente en el Caribe. Coincidió plenamente con los delegados que habían señalado

que los recursos del Fondo Mundial no debían gastarse innecesariamente en los costos administrativos, lo cual iría en contra de la finalidad del Fondo. La OPS estaba comprometida a colaborar con el ONUSIDA para facilitar el acceso al Fondo sin crear más burocracia. También estuvo de acuerdo con las observaciones del Comité sobre la importancia de la educación sanitaria dirigida contra las raíces de los comportamientos individuales. Hasta la fecha, la mayoría de las iniciativas de cambio de comportamiento se habían dirigido a los individuos. En lugar de ese enfoque, que tendía a culpar a la víctima, debía insistirse más en crear ambientes que permitieran y alentaran a las personas a cambiar su comportamiento. La cooperación técnica de la OPS en ese ámbito se estaba dirigiendo en gran parte a fomentar tal cambio.

El Comité aprobó la resolución CE130.R6 sobre este tema.

Vacunas e inmunización (documento CE130/10)

El Dr. Ciro de Quadros (Director, División de Vacunas e Inmunización, OPS) informó de que la cobertura de vacunación con DTP3 entre los niños (es decir, tres dosis de la vacuna contra difteria, tétanos y tos ferina) había permanecido en alrededor de 80% para las Américas en su totalidad en años recientes. La cobertura en un gran número de distritos seguía cayendo por debajo de la meta regional de 95%, sin embargo, y había disparidades considerables en la cobertura entre los países y dentro de estos. En consecuencia, quedaba mucho por hacer para lograr la equidad total con respecto a la inmunización.

Se habían logrado avances sustanciales hacia la meta de erradicar el sarampión en las Américas. Se esperaba que un brote reciente en Venezuela, que se había difundido a Colombia, estuviera bajo control cuando la Conferencia Sanitaria Panamericana se reuniera en septiembre, y se preveía que la transmisión autóctona se habría interrumpido en toda la Región para fines del 2002. En cuanto a la poliomielitis, los únicos casos notificados en la Región en el último decenio habían sido los derivados de la vacuna en la isla La Española, el último de los cuales había ocurrido en Haití en julio de 2001. A la fecha, la enfermedad estaba completamente bajo control. El tétanos neonatal seguía siendo un problema en menos de 1% de los distritos en las Américas. Con esfuerzos concertados, podría eliminarse muy pronto. La rubéola, también, podría eliminarse mediante estrategias aceleradas de control que recalcaran la vacunación de los adultos susceptibles así como la vacunación ordinaria de los niños. La fiebre amarilla había mostrado una tendencia descendente neta desde 1998, como resultado de las campañas de vacunación. La escasez de vacuna del año precedente se había superado en gran parte, de manera que en adelante sería posible intensificar la vacunación en las zonas de alto riesgo.

Las evaluaciones realizadas en diversos países entre 1996 y 2001 habían indicado que, para lograr la sostenibilidad de los programas nacionales de vacunación y mantener el progreso logrado hasta el momento, se necesitaba prestar atención a tres problemas: 1) el debilitamiento de la capacidad reglamentaria y de control de las instituciones del gobierno central, de resultados de la reforma y descentralización del sector de la salud; 2) la falta de responsabilidad financiera claramente definida con respecto a los programas de vacunación, y 3) la falta de responsabilización con respecto a metas de inmunización específicas. También se necesitaba actuar para cerrar la brecha de equidad entre los países industrializados y en desarrollo en lo que se refería a la introducción de vacunas nuevas y en combinación, aunque la brecha era relativamente pequeña en las Américas por comparación con otras regiones, gracias al sólido compromiso de los países con la inmunización.

Un componente importante de la cooperación técnica de la OPS era la elaboración de herramientas y estrategias para generar información que permitiría a los encargados de adoptar las decisiones, priorizar la introducción de las vacunas de obtención reciente y cuantificar su repercusión. La Organización también estaba trabajando para desarrollar y mejorar la capacidad de producción de vacunas en los países, como un medio de alcanzar la disponibilidad de vacunas de alta calidad y aliviar la escasez de estos productos que había afectado a todos los países de la Región en años recientes.

Finalmente, en cuanto a la amenaza de la reaparición de la viruela como resultado del bioterrorismo, el Dr. De Quadros dijo que dos reuniones técnicas convocadas por el Director habían examinado el tema y evaluado las posibilidades para la producción de vacunas contra la viruela en la Región. La principal conclusión de las reuniones había sido que la OPS debía seguir colaborando con los países para fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica y mejorar la infraestructura para identificar los casos, incluida la red regional de laboratorios para el diagnóstico de las enfermedades febriles exantemáticas. Los participantes en la reunión también habían recalcado que un ataque de la viruela contra un país debía considerarse un ataque contra todos los países de la Región y que, de conformidad con el espíritu del panamericanismo, los países que tuvieran reservas de la vacuna debían ponerla a la disposición del país afectado para evitar que la enfermedad se propagara.

El Comité Ejecutivo encomió a la OPS por su trabajo continuo para fortalecer la capacidad de vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacunación, aumentar la cobertura de vacunación y facilitar el acceso de los países a las vacunas por medio del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas. El Comité también expresó su apoyo a los esfuerzos de la Organización para aumentar la producción de vacunas en toda la Región, ya que un mayor suministro ayudaría a reducir los precios, aun en los países que no las producían. El mantenimiento de los programas nacionales de vacunación —con un financiamiento garantizado— se consideraba una responsabilidad prioritaria de los

gobiernos. El Delegado de Perú informó de que su país había sancionado leyes para proteger el presupuesto destinado a las actividades de vacunación. Esos fondos no podían usarse para ninguna otra finalidad, independientemente de cualquier exigencia financiera que pudiese surgir. Como resultado, Perú había podido introducir la vacuna contra la rubéola, a pesar de su situación económica adversa.

Los delegados expresaron la inquietud de que los problemas económicos que actualmente aquejaban a la mayoría de los países americanos podrían dificultar mantener los éxitos del pasado y alcanzar las metas regionales, como la erradicación del sarampión. Un delegado propuso la idea de crear un mecanismo alternativo, como un fondo de emergencia o de compensación, para ayudar a los países cuando las limitaciones financieras les impedían adquirir vacunas mediante el Fondo Rotatorio de la OPS. La escasez de vacunas de años recientes se consideraba también como una amenaza para los logros de la Región en el control de las enfermedades inmunoprevenibles. Se pidió al Dr. De Quadros que expusiera las razones de la escasez y si era probable que esta alcanzara proporciones de crisis.

Los representantes del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial dieron seguridades al Comité de la voluntad de sus instituciones respectivas de colaborar con los países para superar los problemas creados por la descentralización y la reforma del sector de la salud y mantener programas nacionales de vacunación fuertes. Ambos representantes recalcaron la necesidad de hacer que los ministros de hacienda y otras autoridades económicas cobrasen conciencia de la eficacia en función de los costos de la inmunización e incluirlos en las conversaciones con respecto al financiamiento de los programas de vacunación. El representante del BID opinó que era interesante la idea de un fondo de compensación u otro mecanismo para permitir que los países siguieran adquiriendo las vacunas durante épocas de dificultades económicas. El representante del Banco Mundial señaló que, como un medio de promover el debate en torno al financiamiento de las vacunas entre las autoridades nacionales, la Oficina podría incluir en la versión revisada del documento una sección que abordara algunas de las inquietudes planteadas por el Comité Ejecutivo, en particular, la idea de un mecanismo de financiamiento para complementar el Fondo Rotatorio; los retos financieros y logísticos con que se enfrentaban los programas de vacunación, dada la necesidad de introducir vacunas nuevas al tiempo que se mantenía y aumentaba la cobertura de las existentes; y la protección de los presupuestos nacionales para la inmunización.

Considerando el interés expresado por los representantes del Banco Mundial y el BID, el Comité Ejecutivo solicitó al Director que explorara con dichos bancos y otros asociados la posibilidad de establecer un mecanismo de financiamiento complementario del Fondo Rotatorio de la OPS que permitiese a los países contar con un suministro ininterrumpido de vacunas para sus programas nacionales de vacunación.

El Dr. De Quadros recibió con beneplácito las observaciones de los representantes del BID y del Banco Mundial, que eran buenos augurios de una mayor colaboración en el área de vacunas e inmunizaciones en el marco de la Agenda Compartida, la iniciativa de la OPS con dichas instituciones. Las sugerencias del representante del Banco Mundial con respecto al documento eran excelentes, y vería que se incorporaran en la versión revisada. Recalcó la necesidad de que los países priorizaran el tema del financiamiento de las vacunas en sus negociaciones con los bancos de desarrollo. A los ministerios de salud les correspondía desempeñar un papel clave en ese sentido para lograr que la inmunización tuviera un lugar prominente entre los asuntos de mayor interés nacional.

Con respecto a la pregunta de si la falta de financiamiento y la escasez de vacunas obstaculizarían el logro de metas como la erradicación del sarampión, señaló que el financiamiento no solía ser el problema principal. En el caso del sarampión, el no aplicar las estrategias de vacunación y de control y la falta de claridad acerca de cuáles estrategias emplear habían sido los impedimentos más grandes para la erradicación de la enfermedad. En cuanto a la escasez de vacunas, las causas principales eran la introducción de requisitos más estrictos de calidad y la capacidad limitada de liofilización. La inquietud sobre la seguridad de las vacunas había impulsado a las autoridades normativas a imponer procedimientos de control de calidad cada vez más estrictos, que habían hecho más lento el proceso de producción. Otro tema era el uso de la capacidad instalada. Los principales fabricantes de vacunas habían tomado la decisión comercial de utilizar sus medios de producción principalmente para fabricar las vacunas más nuevas y más costosas, lo que había llevado a una escasez temporal de las menos costosas. Sin embargo, se esperaba que el problema se resolviera dentro de los siguientes 18 a 24 meses. En las Américas, la OPS estaba trabajando para satisfacer las necesidades de vacuna al ayudar a los países a acrecentar su capacidad de producción nacional y obtener la certificación como proveedores de vacunas para el sistema de las Naciones Unidas. Por ejemplo, laboratorios de Brasil y Cuba ya estaban certificados como proveedores de las vacunas antiamarílica y contra la hepatitis B, respectivamente.

El Director dijo que le complacería explorar con el BID y el Banco Mundial la factibilidad de crear un mecanismo de financiamiento para facilitar la adquisición de vacunas. Señaló que los bancos mencionados podrían ser grandes aliados de la OPS al plantear elocuentemente el tema ante los gobiernos para que estos procurasen asignar el financiamiento suficiente de los programas de vacunación, ya que, aparte de las razones de salud obvias, había argumentos económicos vigorosos en favor de invertir en las vacunas. La vacunación debía ser vista como un bien público esencial y, por definición, los bienes públicos debían ser financiados por los gobiernos. El Perú había dado un ejemplo excelente al sancionar leyes para proteger el presupuesto para las vacunas, y esperaba que otros países aprendieran de esa experiencia para implantar protecciones similares.

Los bancos podrían también ayudar en las negociaciones con las empresas farmacéuticas al abogar por la estabilización de los precios de las vacunas y otros productos farmacéuticos esenciales. La fijación de precios de las vacunas era una de las pocas esferas en las cuales la Organización había tenido éxito negociando precios comunes con los productores. En el caso de otros medicamentos, en particular los ARV, los fabricantes habían insistido en aplicar diferentes precios a los países de distintas categorías. En su opinión, no había ningún argumento válido en apoyo de esa práctica.

Los trabajadores de salud de la Región se merecían grandes elogios por haber logrado controlar las enfermedades prevenibles por vacunación. Para formarse una idea de la magnitud de sus esfuerzos y logros, bastaba recordar que en las Américas sólo se habían confirmado 537 casos de sarampión en 2001, mientras que en todo el mundo había habido 800.000 defunciones por la enfermedad y muchos más casos. Gracias al trabajo arduo y a la devoción de los muchos trabajadores de salud en todo el continente, había todo tipo de razones para creer que para fines del año la Región podría agregar la eliminación de la transmisión autóctona del sarampión a su lista de logros.

El Comité aprobó la resolución CE130.R7 sobre vacunas e inmunización.

Evaluación de las orientaciones estratégicas y programáticas, 1999-2002 (documentos CE130/11 y CE130/INF/1)

El Dr. Germán Perdomo (Asesor Superior de Política, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica, OPS) resumió los resultados de la evaluación de las orientaciones estratégicas y programáticas (OEP), 1999-2002, que se había presentado al Comité Ejecutivo de conformidad con una resolución de la 25.^a Conferencia Sanitaria Panamericana aprobada en 1998. Las OEP habían guiado la programación de la cooperación técnica por la secretaría de la OPS, la Oficina Sanitaria Panamericana, con los países durante el período en cuestión. Cuando la Conferencia había aprobado las OEP en 1998, también había instado a los países a que las tuvieran en cuenta cuando formularan sus políticas sanitarias nacionales, y el Subcomité de Planificación y Programación, en su 36.^a sesión, había solicitado específicamente que la Oficina examinara el grado en que eso había ocurrido. En consecuencia, la evaluación había examinado por una parte el progreso logrado en la consecución de las metas regionales y la aplicación de las orientaciones programáticas, y por otra parte si las OEP se habían reflejado en los planes y las políticas nacionales de salud para 1999-2002.

La información procedente de 32 países había indicado que 5 países tenían políticas preliminares y 27 ya habían adoptado políticas o planes nacionales. La Oficina había participado en la formulación de políticas nacionales en 22 de esos países. Las OEP se habían usado como marco de referencia para la formulación de políticas en 15 de los 22 países.

Con respecto a la aplicación de las OEP por la Oficina, una encuesta entre el personal profesional había revelado que 87% conocían las OEP, y todos ellos las aplicaban no solo en la programación de la cooperación técnica sino en otras actividades, como la negociación de los proyectos de cooperación y la información de los funcionarios nacionales. Sólo el personal que se había incorporado recientemente a la Oficina y los funcionarios que no intervenían directamente en la cooperación técnica (por ejemplo, personal administrativo) estaban poco familiarizados con las OEP. En los dos últimos bienios, la gran mayoría (alrededor de 90%) de los proyectos de cooperación técnica programados había estado relacionada específicamente con las orientaciones programáticas. Los demás proyectos se habían relacionado con el desarrollo de la gestión o habían abordado necesidades nacionales específicas fuera del marco de las OEP.

La evaluación de la repercusión de la cooperación técnica prestada en conformidad con las OEP había tropezado con varias dificultades metodológicas, en particular el hecho de que la OPS no era la única organización que prestaba cooperación técnica en los países, lo cual había dificultado especificar los efectos precisos de sus actividades. Además, no siempre se habían obtenido la información ni los indicadores necesarios. De las 29 metas regionales adoptadas a tenor de las OEP, la evaluación había encontrado que 5 se habían logrado plenamente y 13 parcialmente. Poco o ningún avance se había logrado en el caso de 2 metas, y para las restantes 9 metas, la información disponible había sido insuficiente, no se había conseguido, era anticuada o no podía compararse entre los distintos países. El documento CE130/INF/1 contenía una descripción detallada de la cooperación prestada y los resultados logrados.

La evaluación había arrojado varias enseñanzas, que habían sido sumamente útiles en la formulación del plan estratégico de la Oficina para el período 2003–2007. En particular, había puesto de relieve la necesidad de una amplia participación interna y externa en el proceso de planificación estratégica; mayor claridad y precisión en la descripción de los resultados esperados y cómo lograrlos; un número manejable de metas y objetivos para la cooperación técnica y el desarrollo institucional; metas y objetivos que representaran un reto pero fuesen realizables; una definición clara de metas y objetivos para facilitar la vigilancia y la evaluación; un esfuerzo continuo para mejorar los sistemas nacionales de información a fin de producir los datos necesarios para la vigilancia y evaluación; y la difusión amplia del plan estratégico, tanto interna como externamente.

El Comité Ejecutivo reconoció la dificultad de emprender una evaluación de tal magnitud y encomió a la Oficina por sus esfuerzos para medir la repercusión de las OEP. Varios delegados sugirieron que la evaluación podría fortalecerse mediante un análisis más profundo de las metas que no se habían cumplido y los motivos de la falta de progreso en esas áreas. Ello sería útil al establecer metas y planificar cómo lograrlas en el período 2003–2007. Los delegados también aconsejaron no establecer demasiadas metas

durante el próximo período, pues el gran número de metas quizá había acrecentado la dificultad de evaluar las OEP correspondientes a 1999–2002.

El Comité opinó que el valor mayor de la evaluación radicaba quizá en las enseñanzas extraídas, las cuales ayudarían a mejorar la planificación para el próximo período y a evitar algunos de los problemas que habían obstaculizado la vigilancia y la evaluación en 1999–2002. Uno de esos problemas eran las metas y los objetivos excesivamente amplios. Para evaluar el progreso, era necesario estipular las metas en términos precisos y específicos. Otro problema que había complicado la evaluación de las OEP era la falta de información de base que proporcionara un punto de referencia para medir el cambio en los indicadores. Varios delegados observaron que las metas determinadas para cada país o grupo de países variarían según el punto de comparación. En el caso de la mortalidad materna, por ejemplo, en los países que ya tenían tasas bajas sería difícil lograr reducciones adicionales grandes, de manera que debía fijarse una meta menor que la de los países con tasas relativamente altas. Además, al formular metas y objetivos, era necesario dejar margen para circunstancias imprevistas, tanto externas como internas, que pudiesen afectar a su consecución y reconocer que el logro de muchas metas de salud requería la participación de otros sectores. También era necesario mejorar los sistemas nacionales de información y estandarizar los datos producidos a fin de permitir las comparaciones y remediar las carencias de información mencionadas en el informe de la evaluación.

Al Comité le complació que las recomendaciones del SPP se hubiesen tenido en cuenta al llevar a cabo la evaluación final, en particular la incorporación de las OEP por los países en su planificación y formulación de políticas nacionales. Los resultados eran indicativos del grado en que la planificación estratégica regional había influido en la planificación y el trabajo del sector de la salud en los países. Al mismo tiempo, sin embargo, la planificación de la Organización debía apoyarse en la planificación estratégica nacional para lograr que la cooperación técnica respondiera a las prioridades y necesidades determinadas por los países. En ese sentido, los delegados encomiaron a la Oficina por sus esfuerzos para lograr que la planificación y la evaluación fuesen lo más participativas posible y, especialmente, para procurar incluir desde el principio a los Estados Miembros en la planificación estratégica para el próximo período.

El representante del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) subrayó la necesidad de tener en cuenta las metas mundiales y regionales de desarrollo en la planificación estratégica de la Organización. Estuvo de acuerdo en que medir la repercusión de la cooperación técnica era sumamente difícil. Para hacerlo, era esencial implantar un método de evaluación desde el principio de la planificación estratégica. También era necesario asignar recursos (humanos y económicos) específicamente para la evaluación. Al BID le complacería colaborar con la OPS para llevar a cabo evaluaciones

conjuntas de la cooperación técnica, con miras a superar algunas de las dificultades encontradas en la evaluación de las OEP.

El Dr. Perdomo agradeció a los delegados sus sugerencias, que ayudarían a la Oficina a mejorar el informe de evaluación para presentarlo a la Conferencia Sanitaria Panamericana. Señaló que otra cosa que había complicado la planificación y evaluación había sido la responsabilización con respecto a las metas establecidas. En varias ocasiones en años recientes, los Cuerpos Directivos habían analizado si las OEP eran la responsabilidad exclusiva de la Oficina o si a los países les competía también la responsabilidad de alcanzar algunas metas. Con relación a muchos de los objetivos determinados por la Organización y luego incorporados en la planificación estratégica y programación de la Oficina, los gobiernos tenían una responsabilidad innegable, pues eran responsables de la salud a nivel nacional.

El análisis de la situación sanitaria a nivel de país y la evaluación de los efectos de la cooperación técnica habían requerido un modelo integral de evaluación, apoyado por sistemas de información fiables. Otro reto, como había observado el Comité, había sido encontrar métodos que permitieran a la Oficina explicar los resultados e identificar los factores que habían impedido o facilitado el logro de los objetivos, incluidos los factores externos y los factores estructurales e institucionales de la Organización. La Oficina seguiría trabajando para abordar esos retos y mejorar el proceso de evaluación.

Al Director le complació que los delegados hubieran considerado valiosa la evaluación. A pesar de sus deficiencias, creía que la iniciativa había sido útil, especialmente porque había puesto de relieve los escollos que la Oficina debía tener cuidado de evitar en el próximo ciclo de planificación. Es más, era saludable para una organización examinar si había logrado los objetivos que se había fijado. Como había señalado el Comité, uno de los retos de la evaluación era lograr que el proceso fuese evaluable desde el comienzo. También se necesitaba contar con buena información para determinar si las metas se habían alcanzado o no. La OPS había estado trabajando para mejorar la producción de información en la Región, y los países habían hecho extraordinarios avances en el fortalecimiento de sus sistemas de información y el aumento de la disponibilidad de datos. También habían logrado avances en el desglose de la información para revelar desigualdades entre las zonas geográficas y los grupos de población. Como resultado, para las evaluaciones futuras se contaría con mucha mejor información.

El Director estuvo de acuerdo asimismo en que, para lograr el carácter evaluable, era esencial estipular las metas con la mayor exactitud posible. No obstante, algunas metas eran intrínsecamente más difíciles de medir que otras. Las metas de proceso, por ejemplo, eran especialmente difíciles de medir. También estuvo de acuerdo en que al establecer metas debían tenerse en cuenta las diferencias dentro de los países y entre

estos. Era importante evitar la "tiranía de las medias estadísticas", que no reflejaban tales diferencias. Si se aceptaba que una parte de la misión de la Organización era fomentar la equidad, las metas tenían que expresarse como metas de equidad. Eso significaba establecer metas no solo en cuanto a porcentajes o niveles específicos, sino también en cuanto a reducir las brechas dentro de los países y entre estos.

El Comité tomó nota del informe de la evaluación, pero no consideró necesario aprobar una resolución sobre este tema (decisión CE130[D4]).

Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007 (documento CE130/12)

La Dra. Karen Sealey (Jefa, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica, OPS) presentó el plan estratégico para el período 2003–2007. Empezó por señalar que, como la Organización estaba celebrando su centenario, era apropiado que empezara a prepararse para los próximos cien años de salud en la Región; el plan estratégico para 2003–2007 marcaría el primer paso en esa dirección. Luego describió las características clave del proceso de planificación, recalcando que la formulación del plan se había guiado por los principios de la equidad y el panamericanismo, ideales con los cuales la OPS había estado comprometida a lo largo de sus cien años de historia. En el proceso de planificación se había procurado definir las prioridades de cooperación técnica en que la Oficina se centraría para apoyar la satisfacción de las necesidades de desarrollo sanitario de los países y determinar cómo podría mejorar su propio desempeño para cumplir mejor ese cometido.

El proceso se había diferenciado del proceso de planificación anterior de varias maneras importantes. Por primera vez, el plan estratégico abarcaría cinco años, no cuatro, como en el caso de los marcos de planificación anteriores. Además, se había redefinido la misión de la Oficina y se habían aclarado sus valores y visión, y esas definiciones se habían usado para impulsar el proceso de planificación estratégica. La planificación se había guiado no solo por el análisis tradicional del ambiente externo, sino por una evaluación interna, que había procurado identificar los puntos fuertes y los puntos flacos de la Oficina y establecer un punto de comparación para vigilar su desempeño. Al elaborar el plan, la Oficina también había sido muy consciente de las enseñanzas extraídas de la evaluación de las OEP. El proceso había identificado no solo las áreas técnicas para la acción, sino los temas fundamentales de organización. Para cada una de esas áreas y temas, la Oficina había establecido objetivos y estrategias que se pondrían en práctica mediante los proyectos de cooperación técnica y las iniciativas de desarrollo institucional. Finalmente, la vigilancia y evaluación se habían incorporado en el proceso de planificación.

Los valores que guiarían la labor de la Oficina eran la equidad, la excelencia, la solidaridad, el respeto y la integridad. Su visión era la de ser el catalizador principal para lograr que todos los habitantes de las Américas gozaran de una salud óptima y contribuyeran al bienestar de su familia y su comunidad. Su misión era encabezar las actividades colaborativas estratégicas entre los Estados Miembros y otros copartícipes para promover la equidad en materia de salud, combatir las enfermedades y mejorar la calidad de vida y prolongar la vida de los habitantes de las Américas.

El plan expuesto en el documento CE130/12 representaba la respuesta de la Oficina a la situación revelada por los análisis internos y externos, cuyos resultados se resumían en el documento. El plan determinaba tres prioridades principales para la cooperación técnica: grupos de población especiales (poblaciones de bajos ingresos o pobres; grupos étnicos y raciales, especialmente las poblaciones indígenas; y las mujeres y los niños); países clave (países pobres muy endeudados [PPME]) o países con una situación sanitaria intolerable, en particular Haití, Bolivia, Honduras, Guyana y Nicaragua); y áreas técnicas prioritarias. El plan incluía ocho áreas prioritarias: 1) prevención, control y reducción de las enfermedades transmisibles; 2) prevención, control y reducción de las enfermedades no transmisibles; 3) promoción de modos de vida sanos y ambientes sociales saludables; 4) crecimiento y desarrollo saludable; 5) promoción de entornos físicos seguros; 6) preparativos, manejo y respuesta para casos de desastre; 7) acceso universal garantizado a sistemas de salud integrados, equitativos y sostenibles; y 8) promoción de aportes de salud eficaces en las políticas sociales, económicas, culturales y de desarrollo. En cada área se describían los temas y retos clave, así como los objetivos para la cooperación técnica de la Oficina, sus puntos fuertes y débiles, y las oportunidades para la acción.

En el plan también se estipulaban seis temas de organización críticos para mejorar la eficacia y la eficiencia de la Oficina: 1) cierre de la brecha de la información y la comunicación y aprovechamiento al máximo de la tecnología de la información y la comunicación; 2) mejor capacidad de previsión; 3) aprovechamiento de la ciencia y la tecnología para abordar los problemas de la inequidad en la Región; 4) colocación de la Oficina en una posición que le permitiera influir en asuntos transnacionales y mundiales; 5) atracción y contratación de una fuerza de trabajo creativa, competente y comprometida; y 6) transformación de la Oficina en una institución de alto desempeño.

La Oficina reconocía que el plan necesitaba refinarse y que, una vez que se aprobara, se necesitaría una estrategia de comunicación para mantener al personal informado y proporcionar retroalimentación sobre su ejecución. Además, la vigilancia y evaluación debían ser partes integrantes del proceso. Reconociendo que actuaba en un escenario donde había muchos otros actores, la Oficina se había esforzado en formular objetivos que fueran lo más específicos posible para facilitar la evaluación de su contribución al desarrollo sanitario de la Región y evitar los problemas que habían

obstaculizado la evaluación de la repercusión de la cooperación técnica en el período precedente.

El Comité Ejecutivo felicitó a la Dra. Sealey y su equipo por haber producido un documento claro y muy completo, que representaba una gran mejora por comparación con los documentos de planificación anteriores y representaba un buen comienzo de la planificación estratégica a comienzos del nuevo milenio. Los delegados comentaron que el plan presentaba una visión para el trabajo de la Organización a largo plazo, así como un marco para la cooperación técnica de la Oficina en los próximos cinco años. Los delegados también felicitaron a la Oficina por sus esfuerzos para buscar las máximas aportaciones de los Estados Miembros y otros interesados directos al formular el plan.

El Comité recibió con beneplácito los cambios introducidos desde que el SPP había considerado el plan estratégico en marzo de 2002, en particular la mención específica de los indígenas y los niños entre los grupos especiales en los cuales se concentraría la atención. Sin embargo, se señaló que no se habían incorporado algunas de las recomendaciones hechas durante la sesión del SPP, en particular las relativas a la sección sobre la globalización y la visión de la Oficina Sanitaria Panamericana. Con relación a esta última, se había pedido a la Oficina que tratara de presentar un punto de vista más equilibrado, reconociendo algunas de las oportunidades que la globalización podría crear para el desarrollo sanitario, y no sólo sus efectos adversos. En cuanto al enunciado de visión, se pedía nuevamente a la Oficina que considerara la conveniencia de cambiar la redacción a: "La OSP será un catalizador importante para lograr que todos los pueblos de las Américas gocen de salud óptima", a fin de reconocer que muchos otros organismos y organizaciones estaban trabajando para mejorar la salud en la Región. A este respecto, se sugirió que se debía reconocer más la función de otros organismos multilaterales, especialmente el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), así como las organizaciones no gubernamentales que trabajaban en el campo de la salud. También se señaló que en el documento no se mencionaba la colaboración de la OPS con el BID y el Banco Mundial en el marco de la Agenda Compartida para la Salud.

Se expresó cierta inquietud sobre si el documento describía correctamente la función de la OPS con respecto a los países. Un delegado opinó que la redacción del documento necesitaba ajustarse para dejar claro que la OPS no era una entidad supranacional sino una organización que reflejaba los intereses de los Estados Miembros y colaboraba con ellos para fomentar el desarrollo sanitario en las Américas. Otros delegados señalaron que el documento se había concebido para guiar la cooperación técnica de la Oficina con los países y que eso indicaba claramente que la OSP ayudaba a los países a ayudarse a sí mismos y que llevaba a cabo sus funciones en colaboración con los Estados Miembros. Es más, las prioridades para 2003–2007 se habían determinado en consulta con los países y reflejaban las prioridades que estos habían establecido para

mejorar la salud de sus habitantes. Sin embargo, un delegado dijo que se necesitaba un enunciado más claro de la forma como la Oficina ayudaría a los países a alcanzar sus metas. El mismo delegado señaló que alcanzar ciertas metas era a menudo una condición para obtener financiamiento y otras formas de cooperación internacional, y que la Oficina, como el socio principal de los países en el ámbito de la salud, debía contraer un compromiso cuantificable para colaborar con ellos a alcanzar esas metas.

Los delegados opinaron que las ocho áreas técnicas prioritarias reflejaban exactamente las principales prioridades del desarrollo sanitario en la Región; sin embargo, algunos advirtieron que el plan quizá determinaba demasiadas prioridades. El representante del BID señaló que las prioridades, por definición, debían ser pocas e indicó que la Oficina tal vez querría aclarar cuál de las prioridades sería el foco principal de atención del trabajo en el período 2003–2007 y cuáles representaban objetivos estratégicos a más largo plazo. Algunos delegados creían que los objetivos definidos para cada prioridad debían enunciarse en términos más precisos y cuantificables, a fin de facilitar la vigilancia y evaluación. Un objetivo, por ejemplo, era "reducir la morbilidad debida a la tuberculosis, la malaria y el dengue", pero no establecía ninguna meta específica, lo cual dificultaría medir el progreso. También se recalcó la necesidad de vincular claramente las prioridades regionales con las prioridades mundiales establecidas por la OMS y con las metas y mandatos internacionales.

Un delegado señaló que la clasificación de los países de la Región según la etapa de la transición demográfica en que se hallaban difería de los sistemas de clasificación usados por otros organismos y comentó que tales clasificaciones podrían tener consecuencias potencialmente negativas. Por ejemplo, la clasificación de un país en cierta categoría de ingresos podría perjudicar sus posibilidades de recibir créditos y cooperación técnica. El representante del BID comentó que el hincapié del plan en un número muy limitado de países podría plantear cuestiones de justicia y equidad, especialmente porque otros países de la Región tenían condiciones y problemas similares a los de los países clave.

Los delegados hicieron algunas otras sugerencias para refinar el documento, y algunos presentaron por escrito los cambios propuestos. Un delegado opinó que el documento se fortalecería si se explicaban los supuestos en que se basaba el plan estratégico, los riesgos que podrían afectar a su ejecución y las estrategias para afrontar esos riesgos. El mismo delegado subrayó la necesidad de allegarse recursos financieros y humanos suficientes para llevar a cabo el plan. Otro delegado sugirió que las referencias en el documento a los "servicios de salud reproductiva" se cambiaran a "atención de salud reproductiva", pues este término era más abarcador y más acorde con la terminología actualmente en uso en otros foros internacionales. Se señaló que el documento no establecía ningún objetivo con respecto a las enfermedades cardiovasculares y se sugirió incluir una meta para la reducción de la hipertensión arterial. Con relación a la sección

sobre el manejo de desastres, se recalcó que abordar la amenaza del bioterrorismo debía ser una prioridad de cada país y de la Organización, que por mucho tiempo había sido líder en el continente en la esfera de preparativos y mitigación de situaciones de emergencia.

La Dra. Sealey agradeció a los delegados sus sugerencias constructivas, que ayudarían a la Oficina a seguir mejorando el plan. Ella deseaba allanar cualquier inquietud con relación a las funciones de la Oficina: la Oficina existía para servir a los países y cooperar con ellos, y el plan tenía por finalidad guiarla en el desempeño de esas funciones. La Oficina era muy consciente de que no actuaba en el vacío y que debía tener en cuenta tanto a los otros actores que trabajan en el sector de la salud como las prioridades, los mandatos y los compromisos emanados de las diversas cumbres internacionales y otras fuentes. En realidad, al formular el plan, la Oficina había creado una matriz que mostraba la relación entre las prioridades de la OPS y las de la OMS, las metas de desarrollo de la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas y las metas y objetivos surgidos de las Cumbres de las Américas y otros foros. La próxima versión del documento mostraría esos nexos más claramente.

Considerando las observaciones del Comité, quizá fuera aconsejable replantear la clasificación de los países y la selección de los países clave, teniendo presente que tal vez hubiera que desplazar el foco de atención a otros países. Sin embargo, estaba claro que los Cuerpos Directivos habían estado de acuerdo en que era aconsejable la determinación de países, grupos y prioridades clave para la cooperación técnica. Muchas de las otras inquietudes planteadas por el Comité se abordarían a medida que la Oficina empezara a poner en práctica el plan. La asignación de los recursos, por ejemplo, se examinaría cuando los Cuerpos Directivos revisaran la política del presupuesto de la Organización, según lo había recomendado el SPP en 2000. En cuanto a la puesta a prueba de los supuestos y la evaluación de riesgos, eso ocurriría cuando se preparara el presupuesto bienal por programas. La oradora concluyó recalcando la importancia de la planificación en dos sentidos que conciliaba las prioridades de salud nacionales con los objetivos regionales que habían aceptado los países.

El Director dijo que, en sus 21 años con la Organización, nunca había visto un proceso de planificación que hubiese sido tan participativo e iterativo. La Oficina se había tomado a pecho las enseñanzas extraídas del ciclo de planificación precedente, una de las cuales había sido que se necesitaba involucrar a una amplia variedad de interesados directos en la planificación para 2003-2007. Los documentos de planificación anteriores habían establecido responsabilidades conjuntas de la Oficina y los países. Posteriormente, habían reflejado lo que la Oficina haría en colaboración con los países. Nunca antes, en un documento de planificación estratégica, se habían determinado cuestiones institucionales que era preciso abordar para lograr los objetivos establecidos. La Oficina se estaba comprometiendo a hacer las modificaciones internas necesarias para colaborar

eficazmente con los países miembros en las ocho áreas prioritarias descritas en el plan. Recalcó que esas ocho áreas no se habían elegido teniendo en cuenta la estructura actual de la Oficina. Creía que esa estructura debía ser una consecuencia de la función, no a la inversa; después que se aprobara el plan, la estructura de la Oficina se ajustaría según fuera necesario.

Como había dicho la Dra. Sealey, la Oficina estaba al servicio de los países. El Director aseguró al Comité que la OPS nunca intentaría adoptar una postura supranacional. En cuanto al enunciado de visión, instó a los delegados a que le permitieran a la Oficina conservar la redacción que aparecía en el documento. La Oficina aspiraba verdaderamente a ser el catalizador principal para el desarrollo sanitario en la Región. No quería ser uno entre muchos; quería ser el mejor.

En lo que se refiere a la selección de los países prioritarios, señaló que esperaba que quedara claro que ese criterio reflejaba los valores que guiaban a la OPS, especialmente la equidad y el panamericanismo. Si la Organización realmente creía en esos valores, debía asumir conjuntamente cierta responsabilidad para mejorar la situación de los países que estuvieran en desventaja con respecto a otros países. Por eso se habían seleccionado determinados países como focos de atención especial. Estaba de acuerdo en que podrían aplicarse otros criterios para seleccionar esos países y, si resultaba necesario desplazar el foco de atención, la Oficina lo haría. Pero él creía que, al menos inicialmente, era apropiado dar consideración especial a los cuatro PPME mencionados y a Haití.

Por lo que toca a la falta de precisión y objetivos cuantificables, señaló que los objetivos establecidos en el documento eran objetivos estratégicos para la cooperación técnica, no metas específicas con plazos establecidos para su consecución. Las metas y los resultados esperados específicos se definirían en el presupuesto bienal por programas, y lo propio se haría con los indicadores para vigilar el progreso. En lo referente a la vigilancia y evaluación, cuando el SPP se reuniera en marzo de 2003, la Oficina estaría en condiciones de proporcionar información más específica sobre el método que se usaría para esa finalidad.

El logro de los objetivos fijados a tenor del plan dependería de la capacidad de ejecución de la Oficina, que era algo limitada. No obstante, la Oficina haría el mejor uso posible de los recursos humanos y financieros que los Estados Miembros habían puesto generosamente a su disposición para ejecutar plenamente el plan.

El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE130.R1, por la cual avala el plan estratégico.

Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (documento CE130/13)

El Dr. Yehuda Benguigui (Asesor Regional en Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, OPS) examinó los antecedentes y el contenido de la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) y el progreso logrado como resultado de su aplicación. También describió los retos para la ampliación de la estrategia.

En la Región de las Américas, aproximadamente medio millón de niños morían de causas evitables y, de esas defunciones, cerca de 200.000 podían evitarse fácilmente con la tecnología existente. La OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) habían creado la AIEPI a comienzos de los años noventa como una estrategia para evitar las defunciones, reducir la morbilidad y mejorar las condiciones de salud y de atención a los niños en los cinco primeros años de vida. La característica definitoria de la estrategia de AIEPI era que se centraba en la salud y el bienestar del niño en su totalidad, no en enfermedades específicas. Incorporaba la prevención de enfermedades y la promoción de la salud como parte de la atención, con lo cual se evitaban el desaprovechamiento de oportunidades para la detección y el tratamiento temprano de las enfermedades, la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud para el niño y toda la familia. Es más, la AIEPI era un medio para promover la equidad en materia de salud porque podía proporcionarse a la población mediante los servicios de salud en el primer nivel de atención.

La OPS había introducido oficialmente la estrategia en 1996. En 1999, el Consejo Directivo había aprobado la resolución CD41.R5, por la cual instaba a los Estados Miembros a que adoptaran y ampliaran la aplicación de la estrategia de AIEPI y solicitaba al Director que apoyara activamente el proceso. La iniciativa "Niños sanos: la meta del 2002", lanzada por el Director ese mismo año, tenía por fin evitar 100.000 defunciones de niños menores de 5 años durante el período 1999–2002 y garantizar el acceso a la estrategia de AIEPI, especialmente para los grupos más vulnerables. A finales de 2001, 17 países de la Región habían adoptado la estrategia y todos se habían incorporado a la iniciativa mencionada. Los resultados habían sido sumamente positivos. Durante el primer año de "Niños sanos", por ejemplo, se habían evitado más de 33.000 defunciones infantiles. Las evaluaciones habían revelado mejoras significativas, también, en diversos indicadores de la calidad de atención, como el mal uso de los antibióticos y otros medicamentos para tratar las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas.

No obstante, aún quedaban varios problemas por resolver. Para ampliar los beneficios de la estrategia, se necesitaba lograr su uso eficaz por todos los trabajadores de salud, incluidos los comunitarios; priorizar los grupos de población vulnerables; e

incorporar la AIEPI en la formación y los programas de servicio social obligatorio de los profesionales de la salud. También era preciso adaptar la estrategia al perfil epidemiológico de los países, modificándola para tratar el asma, la violencia y el maltrato de menores, la diabetes y el sobrepeso y otros problemas de salud del niño prevalentes en la Región. Otros imperativos eran promover el uso de las 16 prácticas familiares clave prescritas por la OMS y el UNICEF para fomentar el crecimiento y desarrollo sanos de los niños y la movilización de los recursos para ampliar la aplicación de la AIEPI.

El Comité Ejecutivo expresó su apoyo firme a la estrategia de AIEPI. Junto con la inmunización, la estrategia se consideraba un pilar para mejorar la salud del niño y aminorar las desigualdades de salud entre los grupos de población. El Comité también respaldó la ampliación de la estrategia para incluir otros componentes, especialmente las actividades para abordar las causas perinatales de defunción, lo que también ayudaría a reducir la mortalidad materna. Sin embargo, se recaló que los recursos invertidos para ampliar la estrategia deberían incluir medios para la vigilancia y evaluación, a fin de seguir el progreso y la repercusión de la estrategia. Un delegado sugirió que el documento incluyera una sección específica sobre la vigilancia y evaluación de la estrategia de AIEPI y las medidas, por parte de los países y la Organización, para mejorar la cobertura y la eficacia de la misma. También se consideró necesario evaluar rigurosamente las 16 prácticas clave para conseguir que las intervenciones futuras siguieran siendo pertinentes y se basaran en pruebas sólidas y en la experiencia.

El Comité expresó la inquietud de que los recursos humanos necesarios para ampliar la AIEPI eran insuficientes. La estrategia debía concentrarse en los trabajadores de salud que tenían máximo contacto con familias y comunidades vulnerables, lo cual significaba que se requeriría más personal de enfermería y auxiliar, especialmente al nivel de atención primaria. La Región tenía en ese momento una razón médico/enfermera de 6:1, lo cual representaba un obstáculo importante para la ampliación de la estrategia. Por consiguiente, se recomendó que la resolución sobre este tema hiciera un llamamiento a fortalecer el número y la diversidad de los recursos humanos para tratar eficazmente a los niños enfermos y las causas de la enfermedad.

El Dr. Benguigui estuvo de acuerdo en que la formación de recursos humanos y la vigilancia y evaluación continuas eran cruciales para la aplicación satisfactoria de la estrategia. En cuanto a los primeros, la OPS estaba trabajando con escuelas que formaban pediatras, enfermeras, nutricionistas y otros profesionales sanitarios, con miras a introducir más instrucción sobre atención primaria de salud y aplicación de la estrategia de AIEPI, al objeto de complementar los programas de formación actuales, que seguían centrándose en gran parte en la atención hospitalaria de síndromes complejos. La Organización estaba concentrándose, en particular, en los miles de egresados de las facultades de medicina de la Región que estaban obligados a realizar el servicio social durante 10 a 12 meses en zonas remotas, pues esos profesionales jóvenes representaban

una oportunidad excelente para ampliar los beneficios de la estrategia a las poblaciones subatendidas.

Con respecto a la vigilancia y evaluación, varios países de la Región de las Américas habían sido escogidos para participar en una evaluación multipaíses de la eficacia, el costo y la repercusión de la estrategia de AIEPI, coordinada por la sede de la OMS en Ginebra. La evaluación se había concebido para determinar la eficacia en función de los costos de la estrategia y averiguar si tenía una repercusión significativa sobre la mejora de la salud, la mortalidad y el estado de nutrición de los niños y los comportamientos familiares. Además, la OMS había formulado normas para el seguimiento después de la capacitación como un medio de reforzar las aptitudes de los trabajadores de salud en la aplicación de la AIEPI y de recabar información sobre su desempeño para mejorar la aplicación de la estrategia. En cuanto a la evaluación de las 16 prácticas familiares clave, se estaban preparando protocolos para medir su repercusión.

El Comité aprobó la resolución CE130.R8 sobre este tema.

Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo (documento CE130/14)

El Dr. Daniel López Acuña (Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, OPS) presentó una puesta al día de la iniciativa conjunta que estaban emprendiendo la OPS y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para promover el acceso equitativo a los servicios de salud en América Latina y el Caribe, en particular para las personas que trabajaban en el segmento informal de la economía y otros que carecían de cobertura suficiente de asistencia sanitaria. El reto fundamental que afrontaban los sistemas de salud de los países de la Región era evaluar cómo garantizar a todos los ciudadanos un nivel básico de protección social en materia de salud que contribuyera a eliminar las disparidades en el acceso a los servicios básicos de calidad y también proporcionara a los grupos sociales excluidos la oportunidad de obtener servicios esenciales de asistencia sanitaria que satisficieran sus necesidades y demandas, independientemente de su capacidad de pago. La justificación de la iniciativa incluía la persistencia de la exclusión económica, étnica y cultural; lo inadecuado de los mecanismos existentes de protección social para responder a nuevos problemas; y el imperativo de que las reformas debían conducir a sociedades que fuesen más incluyentes de todos los ciudadanos y no a una mayor exclusión, marginación y falta de protección social.

La "protección social en materia de salud" no se definía como la provisión efectiva de servicios de salud ni como la construcción de establecimientos de salud, sino como la garantía de la sociedad, por intermedio de las diferentes autoridades públicas, de

que los individuos o los grupos de individuos podrían satisfacer sus necesidades de salud mediante el acceso adecuado a los servicios sanitarios, ya fuese por un sistema nacional de salud o algún otro sistema, independientemente de la capacidad de pagar. Tres condiciones tenían que cumplirse para garantizar la protección social en materia de salud: el acceso a los servicios de salud, la seguridad financiera de la familia y la dignidad en la prestación de la atención. En el documento CE130/14 se describían los factores que conducían a la exclusión en materia de salud —en particular la pobreza— y los obstáculos principales para ampliar la protección social. También se examinaba la magnitud de la exclusión en materia de salud y se explicaba la dificultad de medirla. Se mencionaban asimismo varias estrategias para ampliar la protección social en materia de salud, basándose en intervenciones que habían resultado eficaces en el pasado en los países de América Latina y el Caribe. Entre ellas figuraban los regímenes especiales de seguridad social sin requisitos de cotización de los beneficiarios; los planes voluntarios de seguro subsidiados por el gobierno; la ampliación limitada de la prestación de servicios; los sistemas comunitarios de protección social; y el desarrollo gradual de sistemas de salud unificados, que combinaban los subsistemas público y privado.

En el documento se proponían cuatro líneas de acción en relación con la función rectora, el financiamiento de la protección social, el aseguramiento de salud y la prestación de servicios. Como los interesados directos pertinentes pertenecían con frecuencia a sectores diferentes del de la salud —como los de hacienda, política social, trabajo y empleo, educación, industria, etc.—, era importante llevar a cabo un proceso participativo a nivel nacional, con inclusión de todos los interesados directos clave. Ese proceso conduciría a la formulación de una estrategia nacional y un plan nacional de acción para ampliar la protección social en materia de salud. En el plano regional, la OPS y la OIT apoyarían a los países mediante una variedad de actividades, incluidas la promoción y divulgación de la iniciativa; la identificación de las causas y la magnitud de la exclusión y las formas de combatirla; el establecimiento de un centro de distribución de información sobre prácticas y conocimientos adecuados; y la movilización de recursos.

El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito la puesta al día de la iniciativa conjunta, que se describió como un instrumento valioso para apoyar los esfuerzos de muchos países a fin de mejorar el acceso a los servicios de salud para todos sus habitantes, en particular los pobres, marginados y vulnerables. Los delegados aplaudieron el enfoque multisectorial planteado en el documento y el reconocimiento de que el tema de la protección social se relacionaba no solo con la salud sino también con la vivienda, la educación, el ambiente y muchos otros factores. Al Comité le complació, también, ver el hincapié que se había hecho en la sensibilidad cultural y la dignidad en la atención médica.

Los delegados hicieron varias sugerencias para mejorar el documento. Una de ellas fue la incorporación de estudios de casos de programas e iniciativas que hubiesen tenido éxito en mejorar la prestación de servicios de salud a grupos de población sin protección, tanto dentro como fuera de la Región. Un delegado pidió aclaración acerca de los métodos usados para obtener las cifras citadas de exclusión de la protección social y advirtió contra el uso de los indicadores que pretendían medir la exclusión sólo en cuanto a la demanda de los servicios de salud, ya que esta última estaba influida por factores múltiples, entre ellos las percepciones culturales acerca de la salud y la enfermedad y los aspectos económicos y sociales. También se solicitó la aclaración de las funciones y contribuciones respectivas de la OPS y la OIT en la iniciativa.

El Comité solicitó información más detallada sobre cómo habían funcionado ciertos sistemas de seguro y en qué países habían tenido éxito. Se hizo un llamamiento a ahondar en el análisis de las medidas precisas que estaban recomendándose para los países y la Organización, así como en la contribución de contrapartida esperada de los países. Se consideró que el documento no aclaraba si la ampliación de la protección social se estaba proponiendo como una meta del sistema de salud o como un medio de lograr mejores resultados de salud. También se pidió aclarar si el enfoque de protección social se relacionaba con la labor de la OMS y de qué manera lo hacía, en cuanto al desempeño de los sistemas de salud y la elaboración de indicadores de justicia financiera y la capacidad de respuesta.

Algunos delegados opinaron que el documento no enunciaba claramente la relación entre las reformas actuales en el sector de la salud —que muchos países de las Américas habían emprendido como una manera de ampliar la cobertura— y el concepto de la protección social y sus componentes. Se necesitaba elaborar más la parte conceptual para definir, medir y evaluar el estado actual de la protección y la exclusión social en la Región. Quizá fuera aconsejable emprender una serie de iniciativas de demostración antes de lanzar una iniciativa en gran escala basada en mecanismos predeterminados. Se sugirió además agregar una parte sobre las implicaciones de los diversos modelos presentes en el mercado de trabajo, y acerca de la competitividad, en particular en el contexto de la globalización y la competencia internacional. Se propuso asimismo examinar la sostenibilidad de los diversos modelos, especialmente con relación a cualquier posible conflicto con otros componentes de la seguridad social, como las pensiones.

Un delegado opinó que la frase "la prestación de servicios es el punto donde se satisfacen las necesidades de salud de la población" quizá no fuese completamente exacta, pues las necesidades de salud de una población podían satisfacerse mediante una variedad de medios, incluidos los enfoques comunitarios, el agua potable y el saneamiento, otros programas de salud pública y mejores comportamientos individuales o hábitos más saludables. Además, la afirmación del documento en el sentido de que la

protección social debía entenderse como la garantía, por parte del Estado, de un derecho que sus ciudadanos podían ejercer quizá no se aplicase forzosamente en todos los casos. Mientras que la constitución de muchos países consagraba el derecho de los ciudadanos a la salud y la responsabilidad del gobierno de proteger ese derecho, el acceso a los servicios de salud no se consideraba un derecho fundamental por todos los sistemas jurídicos. Si bien la cooperación entre la OPS y la OIT podría ser útil para emprender acciones de cooperación técnica en los países, al llevar a cabo estudios o investigaciones o al formular recomendaciones, lo cierto era que cada país tenía su propia situación, sus propias reglas y su propia concepción de las cosas y tenía que buscar sus propias soluciones a los problemas del acceso a la asistencia sanitaria o la exclusión de la misma.

Se señaló que la emigración de los profesionales sanitarios estaba teniendo un efecto devastador sobre la capacidad de algunos países de prestar asistencia. Como el problema se relacionaba directamente con el acceso a la atención de salud y con el trabajo, quizá fuese apropiado abordarlo en el marco de la iniciativa conjunta de la OPS y la OIT. También se sugirió que los Cuerpos Directivos podrían examinar el tema de la migración de la fuerza de trabajo sanitaria como otro punto del orden del día en algún momento futuro.

Varios delegados describieron las iniciativas que se estaban realizando en sus países en el ámbito general de la ampliación de la protección social en materia de salud. La mayoría colocaron el acento en la necesidad de una estrecha cooperación entre los ministerios de salud y del trabajo, y algunos también mencionaron la necesidad de participación del ministerio de asuntos ambientales. Varios delegados describieron también conferencias, reuniones y seminarios relacionados con el tema que habían tenido lugar en sus países.

El Dr. López Acuña expresó su agradecimiento por las sugerencias para enriquecer el documento. Explicó que la ampliación de la protección social en materia de salud era a un tiempo una parte de una meta —a saber, el mejoramiento del acceso universal a la asistencia sanitaria— y un instrumento muy importante para lograr mejores resultados, al facilitar el acceso a la atención y mejorar su eficacia e idoneidad. En respuesta a la solicitud de estudios de casos y mayores detalles, señaló que la OPS y la OIT estaban trabajando en un documento de antecedentes que sería mucho más detallado que el documento CE130/14. Estuvo de acuerdo con la sugerencia de que los métodos para estudiar la exclusión no podían basarse en un solo indicador, pues la exclusión estaba influido por factores geográficos, culturales, lingüísticos y muchos otros.

Con respecto a las preguntas sobre el papel que competía a las dos organizaciones, explicó que la OPS colaboraba con la OIT en muchas esferas, como la salud ocupacional y la gestión y planificación de recursos humanos. La colaboración en la ampliación de la protección social en materia de salud era una más de esas esferas. Por

tres años, tanto la OPS como la OIT habían venido asignando recursos de sus presupuestos ordinarios respectivos. Además, se habían recibido donaciones de Bélgica, Francia, Suecia y la Unión Europea. El orador informó de que el financiamiento externo, en particular de Suecia, se había usado para realizar estudios piloto con miras a caracterizar la exclusión desde el punto de vista de diversos indicadores. Ese trabajo seguiría, junto con algunos pasos preliminares dirigidos a entablar el diálogo social con objeto de determinar las estrategias adecuadas para dar cobertura a los grupos de población con acceso insuficiente a los servicios de salud, en particular los de la economía informal. También se había efectuado un análisis muy minucioso, que había tardado más de un año, de evaluaciones comparativas de esquemas de microseguro, análisis comparativos de las primas y el comportamiento del gasto en efectivo.

Recalcó que se había buscado la convergencia con iniciativas de reforma del sector de la salud. Era de esperar que, al amparo del paradigma de la sinergia que la OPS y la OIT procuraban promover, podrían mobilizarse recursos que se agregarían a los niveles relativamente moderados utilizados hasta la fecha.

El Director dijo que la OPS era muy sensible a la necesidad de basar la satisfacción de las necesidades en la demanda. Gran parte de las conversaciones con la OIT se habían referido precisamente a ese aspecto. Los estudios habían revelado claramente que cualquier medición de la demanda era realmente un pozo sin fondo, y que nunca sería posible satisfacer plenamente las demandas de la población en cuanto a servicios de salud. Las observaciones de los delegados habían señalado muy claramente que se debía considerar cierta cuantificación de las necesidades, lo cual planteaba una pregunta muy difícil, es decir, cómo calcular la necesidad desde el punto de vista de las personas que estaban socialmente excluidas. Por más difícil que pareciera, sería esencial encontrar métodos para lograrlo.

En cuanto al tema de si la protección social era o no un derecho, observó que el derecho a la salud se había reconocido desde hacía mucho tiempo en la Región. En la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, todos los países americanos habían afirmado que toda persona tenía el derecho a las medidas sanitarias y sociales necesarias para preservar la salud. Al mismo tiempo, la OPS reconocía sin duda que había sistemas fundamentalmente diferentes en los distintos países y que se debía dejar margen para la expresión del "sabor" particular de la realidad socioeconómica local. La Oficina trataría de que el documento fuese más claro en ese sentido.

El Director deseaba asegurar de nuevo al Comité que no había ninguna contradicción entre el trabajo de la OPS, según se describía en el documento, y lo que estaba sucediendo en la OMS. Posiblemente hubiera algunas diferencias conceptuales con relación a los sistemas de salud, pero fundamentalmente se había llegado al acuerdo de que la finalidad esencial de los sistemas de salud era mejorar los resultados de salud.

La OPS podía colaborar con la OIT de tres maneras básicas: podía proporcionar un análisis de la situación; podía facilitar cooperación técnica e intercambio de experiencias entre los países; y podía emprender la promoción de la causa intensa para que se considerase el tema de la exclusión social.

Uno de los problemas clave en el tema de la exclusión social era la inestabilidad económica. Tres razones básicas habían conducido a la inestabilidad económica y aumentado el grado de exclusión social en los países de la Región: la baja económica repentina de los años ochenta, que había afectado gravemente a la clase media y disminuido gravemente la capacidad del Estado para recaudar aportaciones para la seguridad social; la gran volatilidad macroeconómica de los países; y la respuesta insuficiente de las instituciones sociales y políticas.

En lo relativo a la emigración de los profesionales de la asistencia sanitaria, la OPS era consciente de lo que estaba haciendo la Secretaría del Commonwealth y también de las actividades de los países de CARICOM, que se habían puesto de acuerdo para poner en práctica un proceso de gestión de la migración. Había un sentimiento creciente en algunos círculos de que ya era hora de considerar la emigración del personal sanitario bajo una luz diferente, reconociendo que podía reportar beneficios. En Jamaica, por ejemplo, las remesas de los jamaíquinos que habían salido de su tierra natal representaban entre 8% y 9% del PIB. Una manera de abordar la escasez de personal creada por la emigración sería ampliar la escala de la formación médica, de tal modo que fuera suficiente para satisfacer las necesidades del país y también para "exportar" personal médico capacitado. En cualquier caso, ya no era una herejía pensar que la emigración podía reportar beneficios.

El Comité aprobó la resolución CE130.R9 sobre este tema.

La salud y el envejecimiento (documento CE130/15)

La Dra. Martha Peláez (Asesora Regional en Envejecimiento y Salud, OPS) presentó un análisis de las prioridades para impulsar la salud y el bienestar en la vejez, y propuestas para aplicar las medidas necesarias para lograr la equidad en materia de salud para las personas de edad, tal como se describía en el documento CE130/15. En el documento también se examinaba la situación demográfica de las Américas, donde todos los países estaban experimentando el envejecimiento de la población. Se calculaba que en el año 2025 la población de 60 años de edad y más sumaría alrededor de 200 millones, y que cerca de la mitad de esa población residiría en América Latina y el Caribe. El aumento del número de personas de edad amenazaba con dar lugar a inseguridad económica e inequidades de salud. Había el peligro de que los apoyos familiares y sociales resultasen insuficientes frente a la situación, lo cual entrañaba riesgos de discriminación basada en la edad y otras violaciones de los derechos humanos básicos.

Sin embargo, esa crisis podía evitarse tomando medidas inmediatas e invirtiendo en la salud de las personas de edad para promover el envejecimiento activo y sano. La cooperación técnica de la OPS en el área del envejecimiento y la salud tenía como finalidad permitir a los países prepararse y responder a los retos y las oportunidades creadas por una población que estaba envejeciendo, así como apoyar sus esfuerzos para ejecutar el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento que había sido adoptado por la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid unos meses atrás.

El Plan de Acción Internacional establecía tres áreas prioritarias de actuación: alentar la participación de las personas de edad en el desarrollo, mejorar su salud y bienestar, y crear entornos propicios y considerados con ellos. En el documento CE130/15 se proponía un sistema integral y coordinado de atención, se establecían seis principios que debían ser la base de tal sistema y se planteaban varias estrategias para crearlo, incluidas el establecimiento de metas de promoción de la salud para las personas de edad; la reorientación de la atención primaria para la prevención y el tratamiento de las enfermedades y trastornos dependientes de la edad; la integración de los servicios sociales y de atención de salud para promover un proceso continuo de apoyo a las personas de edad en peligro de perder la autonomía; y el fomento de las asociaciones para el intercambio de información, la colaboración técnica y el apoyo. También se consideraban los recursos financieros necesarios, y se proponían algunos temas clave para las deliberaciones. Se solicitaba al Comité que analizara posibles formas de mejorar la política y el marco de acción de la estrategia regional para la colaboración técnica sobre el envejecimiento y la salud y que examinara los enfoques futuros para la promoción de la salud y el envejecimiento; que debatiera y avalara las estrategias necesarias para cerrar la brecha de equidad en el ámbito del envejecimiento y la salud; y que prestara apoyo para movilizar los recursos internacionales que permitiesen la ejecución apropiada del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento aprobado en Madrid.

El Comité Ejecutivo consideró que el documento era un buen marco de referencia para tratar las necesidades de salud de una población que estaba envejeciendo rápidamente en la Región. Desde el punto de vista conceptual, abarcaba un modelo de la salud y el envejecimiento que era integral y coordinado, tanto dentro del sector sanitario como en otros sectores que contribuían a un buen estado de salud y servicios de salud sostenibles. La Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento había brindado a los países la oportunidad de reexaminar el envejecimiento en los planos nacional e internacional y de reafirmar su compromiso con la mejora de la vida de las personas de edad, y al Comité le complacía ver que la OPS estaba trabajando para aplicar los resultados de esa asamblea a la Región. Algunos delegados advirtieron, sin embargo, contra la redacción de un documento más extenso sobre el tema. En vez de ello, la OPS debía colaborar con los países para confeccionar una lista de las prioridades comunes

para la Región y de las medidas específicas cuantificables que podrían adoptarse para mejorar la salud y el bienestar de la población de edad.

El Delegado de Canadá recibió con beneplácito el grado en que el documento se había basado en la "Guía para el desarrollo de un sistema integral de apoyo para promover el envejecimiento en actividad", preparada conjuntamente por México y Canadá.

Se sugirió que en la sección del documento titulada "Acceso a servicios apropiados de salud y de atención a largo plazo" se debía prestar mayor atención al desarrollo de vivienda con apoyo en la comunidad o a las opciones de vida independiente con asistencia, que en algunos países habían resultado una opción económica frente a la reclusión en asilos. También se sugirió que la prevención y el control de lesiones debían incluirse entre las metas de promoción de la salud en la sección de estrategias, pues la investigación indicaba que las lesiones no intencionales, especialmente las caídas, eran la causa prevenible individual más importante de hospitalización y discapacidad a largo plazo entre las personas de edad.

Se sugirió asimismo que, en la sección 3.3.1, "Establecer metas de promoción de la salud para las personas adultas mayores", la ansiedad y la depresión debían considerarse resultados de salud mental y no factores de riesgo. Entre los factores de riesgo principales de la ansiedad y la depresión estaban el aislamiento social, la pobreza y las afecciones físicas discapacitantes. Se opinó que la demencia no debía incluirse bajo el epígrafe de "Qué puede hacerse", ya que no era susceptible de prevención ni de tratamiento de la misma manera en que lo eran la ansiedad y la depresión.

Varios delegados recalcaron la importancia de adoptar un criterio amplio de la repercusión directa que el mejoramiento o el deterioro del estado de salud de una población particular podría tener sobre los resultados de salud de otra población. También se destacaron los nexos entre la salud y el envejecimiento y temas como las enfermedades crónicas y la reforma sanitaria. Varios delegados describieron el trabajo que estaba haciéndose en sus países en el tema de la salud y el envejecimiento.

Se señaló que la repercusión de las cuestiones de la salud y el envejecimiento variaba en la Región, ya que los diversos países tenían diferentes tasas de mortalidad y esperanzas de vida, distintas proporciones de personas mayores en la población en su totalidad, y así sucesivamente. Al mismo tiempo, no se trataba solamente de reducir la mortalidad o aumentar la esperanza de vida; también era, y de manera esencial, una cuestión de la calidad de vida que podría ofrecerse a las personas de edad. El tema tenía dos aspectos principales: por un lado, lo relativo a la promoción de la salud y los tipos específicos de protección sanitaria para las personas mayores, y por otro lado, lo atinente a la vigilancia y reglamentación de los establecimientos residenciales y de otro tipo. Sin

tal reglamentación y supervisión, había un riesgo de graves violaciones de los derechos humanos de las personas de edad, en particular cuando estas no tenían el apoyo de un ambiente familiar. Había la necesidad de un criterio global e integrado, pero al mismo tiempo, los países necesitaban poder escoger las características apropiadas a su situación demográfica particular.

La investigación sobre vigilancia y evaluación se consideró una función importante de la OPS. Los ministerios de salud necesitaban tener pruebas suficientes de las repercusiones de las iniciativas, los programas y las políticas nacionales de promoción de la salud, y la cooperación técnica de la OPS podría ayudarles a recopilar los datos necesarios para determinar esas repercusiones.

La Dra. Peláez agradeció a los delegados sus observaciones y su voto de confianza en el programa. Estaba particularmente agradecida por las sugerencias específicas de aspectos particulares en que podía mejorarse el contenido del documento, sobre todo en cuanto a la salud mental y la atención comunitaria.

Observando que el desarrollo actual de iniciativas sobre el envejecimiento estaba en gran parte en manos del sector privado, la oradora se refirió a la necesidad de determinar la forma que adoptaría la colaboración entre los sectores público y privado. Eso era particularmente pertinente a los temas de la vigilancia y la reglamentación de los establecimientos para la asistencia de las personas mayores. Estuvo de acuerdo en se necesitaba una estrecha coordinación sobre el terreno entre los programas sobre el envejecimiento y los de enfermedades crónicas, así como entre la salud y el envejecimiento y la reforma de la asistencia sanitaria, y que el tema general no era solo el de una mayor longevidad sino que abarcaba también los derechos humanos de las personas mayores.

Recordó la funcionaria que la investigación sobre los temas mencionados, es decir, el estudio multicéntrico de cuatro años sobre envejecimiento, bienestar y salud (SABE) de las personas de edad, había arrojado resultados que habían permitido a la OPS centrar más eficazmente su cooperación técnica. La OPS estaba plenamente preparada para proporcionar esos resultados a los diversos países, y también para apoyarlos cuando llevaran a cabo sus propias investigaciones.

El Comité aprobó la resolución CE130.R19 sobre este tema.

Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas (documento CE130/16)

La Dra. Virginia Camacho (Asesora Regional, Iniciativa para la Reducción de la Mortalidad Materna, OPS) presentó un resumen del enfoque de la OPS para reducir la

mortalidad y la morbilidad maternas. La mortalidad materna seguía siendo un ámbito de la salud pública en el que se avanzaba poco, pese a que se conocían bien las causas de muerte materna y a que existían intervenciones apropiadas, basadas en pruebas, para entornos de escasos recursos. Se sabía, por ejemplo, que la gran mayoría de las defunciones maternas tenían causa obstétrica directa, aun en los países con bajas tasas de mortalidad materna; 80% de las defunciones posparto ocurrían en la primera semana después del parto; 15% de las parturientas presentaban una complicación grave; y entre 1% y 2% de ellas necesitaban una intervención obstétrica importante para sobrevivir. Otras enseñanzas extraídas eran que resultaba esencial alcanzar un compromiso político a largo plazo para reducir la mortalidad materna; que cada embarazo comportaba un riesgo, por lo que se requería atención capacitada desde el embarazo hasta el parto; que había que mejorar la calidad y la cobertura de la atención; que era preciso ampliar las opciones anticonceptivas, asegurando su disponibilidad y uso; y que era ventajoso retardar el primer nacimiento.

La historia enseñaba que la clave para la reducción de la mortalidad materna no residía exclusivamente en el desarrollo socioeconómico general, sino en ofrecer un tratamiento eficaz y accesible. Un estudio de la OMS, por ejemplo, había mostrado la fuerte correlación entre las bajas tasas de mortalidad materna y la atención capacitada del parto. Por ello, la OPS estaba promoviendo un enfoque más centrado en intervenciones rentables, como la atención obstétrica esencial (AOE) y el mejor acceso a servicios de atención de salud materna de calidad.

La estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas se había concebido para plasmar en acciones las enseñanzas extraídas. La estrategia pretendía promover políticas públicas y normas eficaces a nivel nacional y municipal; fomentar las prácticas más adecuadas y las intervenciones basadas en evidencias, concretamente la AOE y la atención capacitada del parto; aumentar las intervenciones y la participación de las comunidades; crear asociaciones y coaliciones; fortalecer los sistemas de vigilancia de la mortalidad y morbilidad maternas; financiar los servicios de salud maternos y perinatales dentro de la reforma del sector de la salud; y aumentar la inversión en intervenciones de promoción de la salud materna y perinatal.

Las intervenciones preconizadas de acuerdo con la estrategia ya habían demostrado su eficacia. En un distrito de Ecuador, por ejemplo, la atención capacitada del parto aumentó 80% en tres años y Honduras consiguió reducir 40% la tasa de mortalidad materna en los últimos siete años. Con esfuerzo concertado, seguro que se podía conseguir reducir las tasas de mortalidad maternas por debajo de 100 por 100.000 nacidos vivos en todos los países de la Región y corregir los desfases de mortalidad materna entre los países y dentro de cada país.

El Comité Ejecutivo acogió favorablemente el documento y los cambios que se le habían hecho tras el debate en el SPP de una versión anterior. El documento se centraba más en decidir las intervenciones en cada caso, teniendo en cuenta las pruebas obtenidas en el pasado y las prácticas más adecuadas, así como la evaluación del riesgo de cada embarazo. Las tasas de mortalidad materna desproporcionadamente altas entre las mujeres pobres y más desfavorecidas se consideraban una de las manifestaciones más flagrantes de inequidad en la salud, especialmente porque la gran mayoría de tales defunciones podían prevenirse. El Comité recalcó que la mejora de la situación debía ser una prioridad absoluta de salud pública de todos los gobiernos.

Se señaló que la tasa de mortalidad materna no era sólo un indicador de salud, sino también un indicador importante del desarrollo. Los problemas que contribuían a generar las elevadas tasas de mortalidad materna tenían que ser abordados por la comunidad en su conjunto. Un delegado comunicó que una iniciativa comunitaria ideada para identificar a las mujeres embarazadas y asegurar que recibieran atención prenatal adecuada había resultado muy eficaz para reducir la mortalidad materna en su país. Otro argumento en apoyo de la participación comunitaria era que una proporción significativa de las embarazadas no contaban con el apoyo de sus compañeros íntimos durante el embarazo o después del parto. También había que educar a las parejas e incluirlas en las campañas de promoción de la maternidad sin riesgo.

Varios delegados destacaron la necesidad de adiestramiento, de cooperación interinstitucional adecuada y, sobre todo, de un enfoque multisectorial. Tal enfoque debía abordar los factores socioeconómicos, el empleo y los retos educativos a los que se enfrentaban las mujeres, además de su salud y sus necesidades nutricionales. Se recalcó que la reducción de la pobreza y la educación eran estrategias cruciales, pues la mayoría de las defunciones maternas se daban entre las mujeres más pobres con mínima escolaridad. La atención a la salud y a la nutrición de las niñas mucho antes de que alcanzaran la edad fecunda era también fundamental para reducir los riesgos y mejorar los resultados del embarazo.

Mejorar la calidad de la atención también se consideró vital para eliminar las desigualdades, como las que a menudo existían entre los centros urbanos y las zonas rurales remotas, que tienden a presentar las mayores tasas de mortalidad. En cuanto a la calidad de la atención y el acceso a los servicios, los delegados señalaron que los mayores riesgos de complicaciones solían presentarse en los estratos socioeconómicos más desfavorecidos. En consecuencia, aun donde los servicios acababan siendo reembolsados, muchas mujeres tenían menos probabilidad de acceder a ellos por no poder pagar de su bolsillo los gastos iniciales. El tema del financiamiento tal vez fuese el mayor obstáculo para el acceso universal a la atención sanitaria de las mujeres pobres y marginadas de las Américas. Debía insistirse continuamente en elaborar estrategias innovadoras para un financiamiento sostenible y un mejor acceso.

Se hicieron varias sugerencias para mejorar el documento. Se expresaron inquietudes sobre la frase “todo embarazo conlleva un riesgo”, quizá excesivamente amplia y que tal vez exagerase el grado de riesgo. Se sugirió que la sección 2, "Situación actual de la morbilidad y la mortalidad maternas", se centrara más en otras causas de muerte materna, pues sólo se trataba exhaustivamente el embarazo de las adolescentes. Sería útil tener una exposición igualmente detallada de otros factores y cómo podrían prevenirse. Varios delegados pidieron aclaraciones sobre algunas de las cifras presentadas en el documento, y se brindaron para suministrar datos e información metodológica más recientes sobre la vigilancia de la mortalidad materna.

Un delegado manifestó que la frase “servicios de salud reproductiva” en el contexto internacional tenía en esos momentos la connotación de servicios de aborto, y recomendó cambiarla por “atención de salud reproductiva”, para no dar la impresión de que el documento, de alguna manera, promovía el aborto en la Región. Ya que el documento señalaba que los abortos peligrosos contribuían a la mortalidad materna en varios países, también debía reflejar la voluntad de prevenir el aborto, especialmente reduciendo los embarazos no deseados. Otros delegados consideraron que el documento se centraba en exceso en la AOE, excluyendo otras estrategias como la prevención, la educación y la atención prenatales, abordando particularmente las infecciones de transmisión sexual, la infección por el VIH/SIDA y el recurso al aborto peligroso.

Se señaló que gran parte del documento se refería sólo a la mortalidad materna, con poca atención a la morbilidad. La alta carga de morbilidad y de discapacidad de las mujeres por complicaciones del embarazo y el parto o los abortos peligrosos tenía que formar parte explícita de todos los programas y las políticas de salud materna.

La Dra. Camacho expresó su agradecimiento por las observaciones y sugerencias del Comité, que se reflejarían en la versión revisada del documento. Recibió con agrado las expresiones de compromiso de los delegados con el tema y dio las gracias a quienes se habían ofrecido para proporcionar datos más actualizados o detallados.

El Director dijo que los altos niveles de mortalidad materna en la Región eran una de sus mayores inquietudes. Al contemplar lo que se había avanzado para reducir la mortalidad en la niñez, cabía preguntarse por qué no se habían conseguido avances similares en la mortalidad materna, especialmente dado que muchos de los temas por abordar eran los mismos: la pobreza, el desarrollo y la educación. Quizá parte del problema era la renuencia, en los países de la Región, a reconocer que realmente existía el problema. En ese caso, tenía que salir a la luz.

Como el documento ponía de manifiesto, se disponía de las tecnologías necesarias; la cuestión era cómo motivar a los países para que las aplicaran. El Director aclaró que insistir en la AOE no significaba que otras actividades no fuesen igualmente

importantes. Un enfoque multifactorial era esencial. En los países donde las tasas de mortalidad maternas eran más elevadas, había que aplicar intervenciones específicas, reconociendo que en los países con tasas inferiores sería necesario un abanico más amplio de actividades para mejorar la situación.

El Comité aprobó la resolución CE130.R10.

Respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas (documento CE130/17)

La Dra. Sylvia Robles (Coordinadora, Programa de Enfermedades No Transmisibles, OPS) describió el enfoque de salud pública desarrollado por la OPS para abordar la carga creciente de las enfermedades no transmisibles (ENT) crónicas en la Región. Ese enfoque combinaba la gestión de riesgos basada en la población para prevenir las ENT con modelos de atención primaria para responder a las necesidades tanto agudas como crónicas. Aunque seguían percibiéndose como enfermedades de la abundancia, las enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente las cardiovasculares, eran a la fecha una de las principales causas de muerte prematura y de discapacidad en todos los países americanos. También tenían un extraordinario costo social y económico, pues tendían a afectar a los adultos durante sus años más productivos, privando así a las familias de su principal fuente de ingresos. Su repercusión sobre los pobres en los países en desarrollo era especialmente grave. Es más, las propias enfermedades crónicas podían conducir a la pobreza, pues el costo de su tratamiento era a menudo exorbitante. Por consiguiente, era imperativo encontrar estrategias sostenibles y rentables para prevenir estas enfermedades.

Un componente clave del enfoque regional era el Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles, una red de programas comunitarios conocida por el acrónimo CARMEN. En el Caribe, una iniciativa afín era el programa caribeño de intervención en los modos de vida (CARLI). CARMEN se basaba en el concepto de acción integrada para reducir un conjunto de factores de riesgo comunes a muchas enfermedades no transmisibles. CARMEN y CARLI compartían tres elementos comunes a todos los programas exitosos de prevención y control de ENT: 1) políticas para hacer frente a los factores macroeconómicos determinantes de las ENT; 2) acción comunitaria; y 3) servicios de salud receptivos. CARMEN era una de las seis redes regionales que operaban en cada una de las regiones de la OMS. Esas redes ofrecían oportunidades de evaluar la eficacia de las intervenciones, intercambiar experiencias entre los países y adiestrar. Otros componentes de la estrategia de la OPS eran la vigilancia de las ENT y los factores de riesgo, los modelos innovadores de asistencia a las afecciones crónicas y la promoción de la causa para el cambio de políticas. El documento proporcionaba información sobre las actividades contempladas en cada uno de esos ámbitos.

Se pidió al Comité Ejecutivo que propusiera posibles formas en que la OPS podía fortalecer su enfoque de salud pública de las ENT crónicas, especialmente a través de la iniciativa CARMEN, y ayudar a los Estados Miembros a intentar resolver la doble carga de las enfermedades transmisibles y de las no transmisibles.

El Comité respaldó el enfoque de salud pública presentado en el documento y celebró los esfuerzos de la OPS por ayudar a los países a abordar las enfermedades no transmisibles crónicas, que eran un problema cada vez más oneroso para los países tanto desarrollados como en desarrollo de la Región. El Comité subrayó la necesidad de la prevención para reducir la aparición de ENT crónicas y también sus descomunales costos económicos y sociales. Para prevenir estas enfermedades resultaba esencial abordar los factores de riesgo que contribuían a su aparición. Pero para ello había que determinar cuáles eran los factores de riesgo, lo que ponía de relieve la necesidad de investigación y de mayor inversión en investigación. Los estudios debían considerar la amplia gama de factores conductuales, ambientales, alimentarios y otros que podían influir en la aparición de las ENT crónicas. La promoción de la salud y la educación sanitaria también eran cruciales para convencer a las personas de cambiar los comportamientos que podían ser perjudiciales y darles el conocimiento que necesitaban para asumir mayor responsabilidad por su propia salud. Asimismo, se necesitaban investigaciones sobre la promoción de la salud y la educación sanitaria para identificar las intervenciones más eficaces. El Comité consideró esa investigación una función clave de cooperación técnica de la OPS.

CARMEN se consideraba un vehículo sumamente eficaz para prevenir las enfermedades y promover la salud, pues ofrecía un enfoque integrado para tratar las ENT crónicas y sus factores de riesgo comunes. Otra ventaja de CARMEN era que insistía en la participación comunitaria y la acción multisectorial, componentes esenciales de cualquier programa exitoso para prevenir las ENT crónicas. Se sugirió que el documento proporcionara información más detallada sobre la iniciativa CARMEN y las estrategias para reducir los factores de riesgo comunes.

El Comité señaló que, como en el caso de la infección por el VIH/SIDA y otras enfermedades vinculadas al riesgo, los esfuerzos de promoción de la salud debían dirigirse no sólo a los individuos sino también a sus familias y al conjunto de la sociedad, para generar un cambio cultural y unos entornos disuasores de comportamientos insalubres y peligrosos. El representante del Banco Interamericano de Desarrollo informó que una iniciativa conjunta de su institución y la OPS había corroborado la necesidad de aumentar el conocimiento del público acerca de los factores de riesgo de ENT crónicas y crear una cultura de prevención en la cual las personas aceptasen la necesidad de tomar ciertas medidas para prevenir las ENT crónicas, igual que aceptaban la necesidad de vacunarse para protegerse de las enfermedades prevenibles por vacunación.

Varios delegados volvieron a resaltar los nexos entre las ENT crónicas y la cuestión de la salud y el envejecimiento, considerando que debían destacarse más en los documentos de ambos temas. Un delegado señaló que esta cuestión estaba también vinculada a la de AIEPI, pues las medidas tomadas para prevenir los problemas de la salud infantil también ayudarían a prevenir los problemas de salud en etapas posteriores de la vida. Mediante la educación sanitaria, debía conseguirse impedir que los niños empezaran a fumar y adoptaran otros hábitos insalubres que podían conducir a las ENT crónicas, y había que fomentar el ejercicio y modos de vida sanos.

Un delegado comentó que el documento no mencionaba la estrategia mundial actualmente formulada por la OMS en cuanto al régimen alimentario, la actividad física y la salud para la prevención y el control de las ENT, e instó a la OPS a que participara activamente en la elaboración de la estrategia. La OPS había sido un valioso foro de debate y aportaciones de los Estados Miembros en otras iniciativas estratégicas mundiales, como la del desempeño de los sistemas de salud y la alimentación del lactante y el niño pequeño. Era importante que la Organización desempeñara nuevamente esa función en cuanto a la estrategia mundial sobre las ENT. El delegado también instó a los Estados Miembros a que presentaran sus observaciones sobre el proyecto de informe de la consulta de expertos organizada por la OMS y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) en cuanto al régimen alimentario, la nutrición y la prevención de las enfermedades crónicas, pues las recomendaciones contenidas en ese informe formarían la base para la estrategia mundial.

La Dra. Robles recalcó que la estrategia de la OPS se basaba en un enfoque integrado que tenía en cuenta tanto las ENT crónicas como sus factores de riesgo asociados. Como ya habían observado los delegados, CARMEN permitía integrar las acciones y asegurar la sostenibilidad de las iniciativas de prevención y control de las ENT. También proporcionaba un marco para la colaboración internacional y para evaluar la eficacia y la repercusión de las intervenciones. Estuvo de acuerdo con la importancia de la prevención de riesgos orientada a la familia y la comunidad, pues los factores de riesgo tenían un componente social. Además, las familias podían facilitar la prevención desde la niñez y durante toda la vida. Por ese motivo, la acción de familia y la comunidad era un componente clave del enfoque de salud pública de la OPS, junto con el desarrollo de políticas públicas y de servicios de salud receptivos.

El Director estuvo de acuerdo con la necesidad de tratar las ENT a lo largo de toda la vida. La prevención de la enfermedad y la promoción de la salud debían comenzar en la niñez y aun antes del nacimiento, pues había claros indicios de que las condiciones intrauterinas influían en la propensión de las personas a las enfermedades crónicas en etapas posteriores de la vida. En consecuencia, la promoción de la salud materna podría ser una medida preventiva para reducir la prevalencia de las enfermedades crónicas.

También estuvo de acuerdo en que las estrategias de promoción de la salud debían dirigirse al conjunto de la sociedad. Sin embargo, aunque las intervenciones basadas en la población eran imperativas en algunos casos, también las intervenciones individualizadas eran necesarias. Esperaba que el documento dejara claro que ambos enfoques no eran de ninguna manera antagónicos. En algunos casos, el Estado debía tomar medidas para reducir o eliminar los factores que entrañaban un riesgo para la población, por ejemplo, reducir el riesgo del consumo de tabaco. Pero también era importante atender al cambio del comportamiento personal.

Por lo que respecta al proyecto de informe de la consulta de expertos de la OMS/FAO, no había tenido oportunidad de leer el documento detalladamente. Después de leerlo, estaría en condiciones de ver, con los Estados Miembros, si una consulta a nivel regional sería apropiada y útil para colaborar en la elaboración de la estrategia mundial frente a las ENT.

Al Director le complacía que el Comité hubiera abordado el tema de la investigación, que era un aspecto importante del enfoque de la OPS relativo a las ENT. A la fecha, la Organización estaba patrocinando un proyecto de investigación multicéntrico encaminado a determinar cómo persuadir mejor a los grupos y a las personas de que cambiaran su comportamiento, y en qué momento serían más receptivos a los mensajes de promoción de la salud. La información sobre el proyecto no se había incluido en el documento CE130/17 porque los documentos de trabajo que se presentaban a los Cuerpos Directivos eran breves a propósito. Sin embargo, al revisar el documento para la Conferencia, la Oficina trataría de incorporar más información relativa a la investigación y a CARMEN, iniciativa de la cual la Organización estaba muy orgullosa.

El Comité aprobó la resolución CE130.R13.

La mujer, la salud y el desarrollo (documento CE130/18)

La Dra. Marijke Velzeboer-Salcedo (Coordinadora, Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo, OPS) describió el trabajo de su programa para corregir la desigualdad en materia de género y salud existente en el continente. De acuerdo con la definición de la OPS de inequidad, las inequidades por razón de género se definían como las desigualdades entre los hombres y las mujeres que eran innecesarias, prevenibles e injustas. La equidad de género en materia de salud no necesariamente significaba que los hombres y las mujeres tuviesen las mismas tasas de mortalidad y morbilidad, sino que tuviesen la misma oportunidad de gozar de la salud, no enfermar, no quedar discapacitados ni morir prematuramente por causas prevenibles. También implicaba que los recursos de salud se asignaran según las diferentes necesidades de los hombres y las mujeres, independientemente de su capacidad de pagar, y que los hombres y las mujeres

contribuyesen al financiamiento de la asistencia en función de su capacidad económica, no de sus riesgos sanitarios o de salud reproductiva.

Cada vez había más pruebas de que las inequidades de género afectaban a la salud, al acceso a los servicios asistenciales y a la calidad de atención que se recibía. Las inequidades de género en la salud de la mujer quedaban patentes, por ejemplo, en las tasas de mortalidad materna inadmisiblemente elevadas de la Región y en la violencia contra la mujer, que afectaba a más de 1 de cada 3 mujeres. Asimismo, interactuaban y se acentuaban por la pobreza, la educación y el grupo étnico. El exceso de mortalidad femenina era mucho mayor entre las mujeres pobres. A lo largo de su vida, las mujeres tendían a usar los servicios de salud más a menudo que los hombres, debido a su función reproductiva y a que tenían una esperanza de vida más larga. Sin embargo, las mujeres pobres usaban estos servicios menos que los hombres y gastaban más de su bolsillo por la atención de salud. Las inequidades de género también afectaban a la prestación de servicios. Aunque las mujeres representaban 80% de la fuerza laboral de la asistencia sanitaria, predominaban en los niveles más bajos de ingresos y prestigio. Además, gran parte de la contribución de las mujeres a la asistencia sanitaria en la familia y la comunidad era un trabajo no remunerado.

El Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo de la OPS se había creado para ayudar a los Estados Miembros a conseguir la equidad de género en materia de salud. Basándose en este mandato y en las necesidades de los Estados Miembros, el Programa había definido cinco áreas estratégicas para la acción: 1) incluir la perspectiva de género en el análisis de la situación sanitaria para enfocar más eficazmente las políticas y programas; 2) formular y vigilar políticas para reducir las inequidades de género en el campo de la salud; 3) elaborar y aplicar modelos que aborden integralmente las inequidades de género en el ámbito de la salud; 4) apoyar las actividades de extensión con estrategias de información, educación y comunicación, así como materiales para la promoción de la causa y el adiestramiento; y 5) colaborar con los programas de la OPS y los Estados Miembros para incorporar la equidad de género a la investigación, los proyectos y las políticas.

En el documento se describían las principales actividades del Programa en cada una de esas áreas y se presentaba una serie de acciones que este recomendaba a los Estados Miembros para reducir la brecha de género. Esas recomendaciones se basaban en los compromisos asumidos por los países con las diversas convenciones mundiales y regionales sobre los derechos y la salud de la mujer, así como en las recomendaciones del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, de la OPS.

En el debate posterior a la ponencia de la Dra. Velzeboer-Salcedo, los Miembros del Comité recibieron con beneplácito las revisiones efectuadas a la versión anterior del documento, presentada al SPP, especialmente las que aclaraban el significado de la

“equidad de género” y terminología afín. Se sugirió, sin embargo, que afirmar que “el pago por los servicios de salud se haga en función de la capacidad económica” contradecía parcialmente la aserción de que la equidad de género consistía en que los hombres y las mujeres recibieran servicios de salud según sus diferentes necesidades, independientemente de su capacidad de pago. También se sugirió que el documento se centrara más en los logros concretos del Programa hasta la fecha, su trabajo en curso y sus prioridades futuras. Se aplaudió que el documento atendiera a las necesidades de salud mental de las mujeres, pero se consideró que el tema no sólo debía mencionarse en el marco de la violencia contra la mujer.

El Delegado de Canadá ofreció la capacidad técnica de su país para ayudar al Programa a recabar y analizar los datos desglosados por sexo.

La Dra. Velzeboer-Salcedo agradeció al delegado Canadiense su oferta. Comunicó que, desde la última sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, el Programa había reclutado a un funcionario con pericia en el análisis de género, con lo que había mejorado su capacidad de colaborar con los países en ese ámbito. Con respecto a las sugerencias sobre el documento, dijo que se había concebido para dar una imagen amplia de lo que el Programa había logrado y de sus planes para el futuro, recalcando cómo el Programa podría ayudar a los países. Por eso no se incluyeron muchos detalles acerca de logros concretos, pero el Programa trataría de dar más información concreta en la próxima versión. En cuanto a las prioridades del futuro, las áreas estratégicas expuestas en el documento representan los ámbitos prioritarios para el Programa en los próximos años.

En respuesta a las observaciones en cuanto a la salud mental, la funcionaria explicó que se mencionaba explícitamente en la sección de la violencia contra la mujer porque a veces el trabajo del Programa en esa área se incorporaba al departamento de salud mental de los ministerios de salud de los diez países en los cuales se había aplicado el modelo para abordar la violencia de género. El objetivo era utilizar las redes comunitarias establecidas siguiendo ese modelo, para abordar también la salud mental y otras necesidades de atención primaria de la salud de las mujeres. En El Salvador, por ejemplo, ya estaban trabajando varias redes comunitarias en los problemas de salud mental, además de su trabajo sobre la violencia contra la mujer.

El Comité aprobó la resolución CE130.R14.

Evaluación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) (documento CE130/19)

El Sr. Roberto Rivero (Oficina de Análisis y Planificación Estratégica, OPS) señaló que el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana había solicitado que la

Oficina de Análisis y Planificación Estratégica de la OPS realizara, en colaboración con la Oficina Nacional de Auditoría del Reino Unido, una evaluación amplia de la pertinencia, la eficacia y la eficiencia del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS). Se esperaba que de ese proceso surgiera un modelo de evaluación aplicable a otros centros de la Organización. El Director le pidió al equipo de evaluación que enfocase cuatro temas principales: si seguía siendo válida la justificación original de que la OPS operase este Centro; cuál era el carácter de las relaciones de trabajo del CEPIS con las oficinas de país de la OPS, y si estas relaciones producían verdaderas sinergias; las perspectivas financieras, o la validez a mediano y largo plazo, del CEPIS, y qué se sugería para que mejorasen; y si había sido eficaz la fusión de los recursos del Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud (ECO) con los del CEPIS.

Los temas principales formulados por el Director se aglutinaban en torno a tres preguntas de evaluación: ¿Estaba prestando el CEPIS cooperación técnica eficaz, pertinente, útil y de alta calidad, que contribuyera a mejorar la salud ambiental en las Américas? ¿Estaba debidamente gestionado el CEPIS? ¿Había creado la fusión de algunos recursos del antiguo ECO con los del CEPIS las sinergias previstas? Estas preguntas se abordaron mediante un análisis detallado de la información obtenida de la documentación y del Centro; el análisis de una muestra de los archivos de los proyectos de CEPIS; entrevistas con el personal del CEPIS, interesados directos clave en Perú, funcionarios de la sede de la OPS y otros expertos regionales; y encuestas.

La evaluación había arrojado cuatro conclusiones principales. En primer lugar, se consideraba que el CEPIS era una valiosa fuente de cooperación técnica. Sin embargo, debía adaptar su cometido y funciones actuales para ser más proactivo y trabajar más mediante redes de instituciones, lo que tendría un efecto multiplicador de su cooperación técnica. En segundo lugar, el CEPIS debía procurar reorientarse para ser una organización catalizadora, como resultado del estudio del Grupo de Consulta Especial de 1998. Esto quería decir que el proceso de planificación, programación y presupuestación del CEPIS tendría que encontrar una mejor manera de distribuir los recursos del presupuesto ordinario disponibles. En tercer lugar, el CEPIS debía elaborar una estrategia apropiada de movilización de recursos, así como la capacidad interna permanente de movilizar recursos. Eso requeriría financiamiento adicional, que podría lograrse mediante una reasignación de los recursos del CEPIS o con financiamiento adicional aprobado por el Director de la Oficina. En cuarto lugar, la creación de un CEPIS “nuevo” seguía siendo una obra en curso que merecía el apoyo de un cuerpo asesor externo. Además, la evaluación había dado lugar a buen número de recomendaciones, en los ámbitos de la eficacia y la pertinencia, la gestión y la fusión CEPIS-ECO.

El Comité Ejecutivo elogió a la Oficina por la calidad tanto del documento resumido como del informe completo de evaluación. Consideró que la información

contenida en el informe era muy valiosa para que los Estados Miembros fuesen más conscientes de la importante función que desempeñaban los centros panamericanos. También consideró que la participación del Auditor Externo había sido sumamente beneficiosa. Se sugirió llevar a cabo una o dos de estas evaluaciones por año y comunicar sus resultados a los Cuerpos Directivos. Se señaló que la cuestión fundamental por abordar en una evaluación de tal centro era si contribuía, y en qué medida, al logro de los planes y programas de la Organización y sus Estados Miembros. Cualquier recomendación para el cambio debía contemplarse bajo el mismo prisma.

Los delegados advirtieron que el informe presentaba algún sesgo interno, ya que gran parte de los encuestados y entrevistados eran interesados directos. Además, el método de evaluación podría haberse mejorado añadiendo medidas cuantitativas. No obstante, aun con esas limitaciones, los resultados eran útiles como herramienta para mejorar la responsabilización y la respuesta del Centro, y la puesta en práctica de todas las recomendaciones del equipo de evaluación conllevaría mejoras de la capacidad del Centro. En particular, se apoyó la recomendación de que el CEPIS desempeñara una función más proactiva y previsor, y que orientara a los Estados Miembros en la utilización de las evaluaciones de salud ambiental.

El grado de desfase producido tras la fusión con ECO era bastante normal y probablemente se resolviera oportunamente, pero cabía preguntarse si era realista esperar que el CEPIS respondiera a todas las necesidades de todos los países de la Región. Quizás debía haber alianzas, por ejemplo, con el Instituto de Salud Ambiental del Caribe en Santa Lucía, que hicieran posible una mayor implicación de los países ubicados lejos del CEPIS. El Delegado de Jamaica dijo que CARICOM, con la asistencia de la OPS, estaba emprendiendo un examen de las instituciones regionales que operaban en esa zona geográfica, incluido el Instituto de Salud Ambiental del Caribe. No descartaba alguna forma de fusión de las funciones o de alianza con el CEPIS, pero se trataba de un asunto que se estudiaría cuando las evaluaciones se hubiesen ultimado.

Como el propio informe reconocía algunos puntos débiles significativos en el Centro, se sugirió añadirle un apéndice antes de presentar el tema a la Conferencia Sanitaria Panamericana, en el que se abordasen las recomendaciones hechas, lo que daría la imagen total no sólo de la evaluación, sino también de cómo la Oficina valoraba las recomendaciones. Los delegados determinaron cinco áreas que tal vez requirieran dicha información adicional: la fusión con ECO, que no había producido las sinergias deseadas; la ausencia de un plan financiero; la inexistencia de un equipo directivo superior; la falta de plan estratégico a mediano plazo; y la necesidad de mayor extensión a los países de habla inglesa de la Región.

El Sr. Rivero agradeció al Comité Ejecutivo sus observaciones, y señaló que la evaluación se había diseñado sobre la base de las cuestiones a las que había que dar

respuesta. El método elaborado probablemente también podría servir para evaluar otros centros panamericanos en el futuro, pero advirtió que, si se planteaban diferentes cuestiones, también será preciso modificar en consecuencia el método de evaluación.

Estuvo de acuerdo en que sí parecía necesario reorganizar la estructura y asignación de recursos del CEPIS. El Centro casi ha alcanzado su máximo potencial de desempeño; para impulsarlo y desarrollarlo sería necesario poner en práctica al menos algunas de las recomendaciones principales. También estuvo de acuerdo con la sugerencia de crear alianzas con otros centros, de tal manera que, en el futuro, el CEPIS funcionase más como un núcleo de centros e instituciones colaboradores.

El Director dijo que los resultados de una evaluación dependían de lo que se preguntaba, de la idoneidad de la institución para la evaluación y de que los datos obtenidos pudieran responder a tales preguntas. Teniendo en cuenta estas trabas, podía idearse un método general para futuras evaluaciones.

Debía recordarse que, si bien el CEPIS se había evaluado como centro aislado, desde el punto de vista programático formaba parte del conjunto de programas de salud ambiental, en el que trabajan asimismo otras personas en la Sede y especialistas de salud ambiental en los países. Al considerar las posibilidades de prestar cooperación técnica en salud ambiental, no cabía esperar que el CEPIS, por sí solo, cumpliera esa función. La razón de la fusión de ECO y CEPIS había sido eliminar la dicotomía que suponía identificar los riesgos en un lugar y determinar la respuesta a los mismos en otro. En gran medida, el CEPIS había tenido éxito en combinar esas dos funciones, y eso era lo que él entendía por un CEPIS “nuevo”. Sin embargo, una vez definidas las respuestas a los riesgos, la cooperación técnica necesaria para aplicarlas en cada país no recaía sólo en el CEPIS, sino en el programa de salud ambiental en su conjunto.

La responsabilidad principal del CEPIS era cumplir un mandato regional. Nunca podría responder a cada una de las solicitudes de cooperación técnica provenientes de los países. La responsabilidad de ese tipo de respuesta recaía, en parte, en los especialistas de salud ambiental de esos países.

Aunque se había sugerido en el informe que el CEPIS insistiera más en la movilización de recursos externos, el Director señaló que a la fecha la mitad de los fondos del Centro procedían de recursos externos. No creía que fuese una buena idea que un centro dependiera tanto de los recursos externos, que estos dictaran lo que tenía que hacer. El enfoque correcto consistía en que el Centro evaluara lo que los Cuerpos Directivos hubiesen decidido que debía hacerse y luego buscara los recursos para hacerlo.

Las fechas límite de preparación de documentos hacían imposible la elaboración de un anexo detallado para responder a las recomendaciones, pero sin duda se podía

indicar cómo respondería la Oficina a algunos de los asuntos de gestión mencionados. Por ejemplo, se establecería un Comité Consultivo, como se había sugerido, que daría orientación sobre aspectos técnicos y de política. Pero advirtió que no era posible estructurar un plan financiero o un plan estratégico a mediano plazo para el CEPIS distinto de los de la División de Salud y Ambiente. El CEPIS no era una entidad independiente; formaba parte del programa de salud ambiental en su conjunto.

El Director tomó nota de la sugerencia de que el CEPIS tendiera la mano al Caribe. Eso ocurriría cuando los riesgos de salud ambiental relativos al Caribe requirieran la identificación por el CEPIS, siempre que la solución a los mismos entrara dentro de su competencia. Cuando ese no fuera el caso, la respuesta a las necesidades ambientales en el Caribe incumbiría a la Organización en su conjunto, especialmente la División de Salud y Ambiente.

La evaluación había sido un ejercicio útil, que contribuiría a fortalecer la salud ambiental en toda la Región. Sin embargo, antes de emprender otras evaluaciones similares, había que estar seguros de que los beneficios extraídos justificasen los recursos utilizados.

El Comité aprobó la resolución CE130.R15.

Informe de la Reunión de los Ministros de Salud y el Medio Ambiente de las Américas (MSMAA) (documento CE130/20)

El Dr. Mauricio Pardón (Director, División de Salud y Ambiente, OPS) comunicó que la Reunión de los Ministros de Salud y el Medio Ambiente de las Américas (MSMAA) se había celebrado en Ottawa los días 4 y 5 de marzo de 2002.

Explicó que la reunión —que había sido el resultado de la Cumbre de Quebec, celebrada en abril de 2001, y cuyos antecedentes habían sido la Carta Panamericana y el Plan de Acción suscritos en la Conferencia Panamericana sobre la Salud y el Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible, que había tenido lugar en Washington en octubre de 1995— había sido organizada por el Gobierno de Canadá en colaboración con la OPS y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA). Los documentos técnicos para la reunión se habían basado en la recopilación del conocimiento existente y de una amplia consulta con países e instituciones como el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial, la Organización de los Estados Americanos y el Centro Europeo para el Medio Ambiente y la Salud, de la OMS. Habían asistido a la reunión representantes de 31 países, entre cuyas delegaciones se contaban 14 ministros de salud y 15 ministros del ambiente. Sus objetivos habían sido tender puentes entre los sectores de la salud y el ambiente, llegar a un acuerdo sobre actividades

cooperativas y contribuir a la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible, que se celebraría en Johannesburgo en agosto de 2002.

El Dr. Pardón dio dos ejemplos de las ventajas de celebrar tales reuniones continentales. En primer lugar, la cobertura de agua potable en la Región había mejorado de 33%, es decir, 69 millones de personas, a comienzos de los años sesenta, a 85%, o sea, 420 millones de personas, actualmente. En segundo lugar, el uso de plomo estaba bajando de 27.000 toneladas en 1990 a un estimado de 5.000 toneladas en el 2000. Hasta la fecha, 15 países de la Región habían eliminado el plomo de la gasolina y todos los países restantes tenían planes para hacer lo propio. En ambos casos, las mejoras habían ocurrido como resultado de las reuniones continentales como la de MSMAA.

En la reunión de MSMAA se había reconocido que las enfermedades diarreicas y las afecciones respiratorias seguían siendo la principal causa de morbilidad asociada al ambiente. Aun reconociendo que existían diferencias entre los países, se habían determinado temas prioritarios de salud ambiental comunes en la Región: primero, la contaminación de las aguas, agua y saneamiento e higiene; segundo, la contaminación del aire en ambientes interiores y exteriores; y, tercero los efectos crónicos y agudos asociados con la exposición a sustancias químicas, especialmente los plaguicidas. Se había acordado asimismo considerar trabajar hacia el logro de las metas de la Cumbre del Milenio en agua y saneamiento, y en la reducción de la contaminación del agua, según se había definido en la Declaración de Montreal 2001; en la eliminación de desechos sólidos y el abandono de la gasolina con plomo, para dar cumplimiento al Convenio de Estocolmo; en el control de la exposición a sustancias químicas; y en la reducción de la vulnerabilidad a los desastres naturales.

Los países participantes habían concordado en la necesidad de avanzar a escala nacional con una asociación estratégica amplia entre los sectores de la salud y el medio ambiente, y en la importancia de fortalecer la capacidad de los países para la vigilancia, manejo de indicadores, intercambio de información, fortalecimiento de instituciones, e información y educación pública. Se había vuelto a hacer hincapié en la Carta Panamericana sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible, reconociendo la preeminencia de la acción en cada país. En el comunicado ministerial de la reunión se había recogido el acuerdo de los ministros de reunirse periódicamente antes de las Cumbres de las Américas. También se había propugnado la creación de un mecanismo de seguimiento que no duplicara sino que aprovechara los espacios regionales y subregionales existentes.

Canadá, la OPS y el PNUMA convocarían a un grupo de trabajo a fin de esbozar dicho mecanismo de seguimiento, que trabajaría en el período 2002-2003 para definir el tipo de acciones necesarias para poner en práctica las recomendaciones y conclusiones de la reunión de MSMAA. Se había sugerido que la formaran diez funcionarios de alto nivel

de los ministerios de salud y de ambiente de, quizá, cinco países de diversos puntos de la Región. Habría dos copresidencias, una por cada ministerio. La función de la OPS sería trabajar estrechamente con las copresidencias para preparar los materiales estratégicos y los documentos. Canadá había hecho la generosa oferta de financiar el primer año del grupo de trabajo.

El Delegado de Canadá agradeció a la Oficina el excelente resumen de la reunión, con análisis de los resultados y las propuestas de acción resultantes. Expresó la gratitud de Canadá a la OPS por el asesoramiento técnico y el apoyo para planificar la reunión. Asimismo, dio las gracias a los ministros y los funcionarios que habían contribuido al éxito de la misma. La reunión había logrado progresos en la creación de asociaciones estratégicas entre los sectores de la salud y del medio ambiente. Había conseguido establecer prioridades y determinar las metas iniciales a considerar. Había que desarrollar el proceso de seguimiento para mantener el impulso. Canadá esperaba contar con la colaboración continua de la OPS en cuanto a la formación y las tareas del grupo de trabajo, y para facilitar las consultas internacionales una vez que el grupo hubiera cumplido su mandato y diese comienzo la fase de acción. Canadá respaldaba la propuesta de que se informase anualmente a los Cuerpos Directivos de la OPS del progreso logrado hacia el cumplimiento de los compromisos contraídos en la reunión de MSMAA.

El Director agradeció a Canadá el patrocinio de la útil y productiva reunión. Dijo que era alentador ver que los ministros de salud y ambiente se habían centrado en problemas básicos como el agua y el saneamiento. La OPS esperaba desempeñar un cometido en la próxima fase.

El Comité aprobó la resolución CE130.R20.

Centenario de la Organización Panamericana de la Salud (documento CE130/21)

La Sra. Bryna Brennan (Jefa, Oficina de Información Pública, OPS) dio a conocer las actividades conmemorativas con motivo del centenario de la OPS. Describió algunos de los actos que ya habían tenido lugar, y ofreció un resumen de los venideros. Después de varios años de planificación y aportaciones de toda la Organización, las actividades conmemorativas se estaban llevando a cabo no sólo para celebrar los logros del pasado y las promesas del futuro, sino también para potenciar las relaciones existentes, crear nuevas asociaciones y promover la labor y la misión de la Organización. Las celebraciones estaban llegando a públicos muy diversos —el sector de la salud, las comunidades científica y académica, los funcionarios de la OPS y el gran público— con el mensaje de los logros y las contribuciones de la OPS a la salud de los pueblos americanos. El tema central de las celebraciones era el trabajo que la Organización había hecho con los países americanos. Los materiales y las actividades del centenario

resaltaban la labor y la misión de la OPS y se habían ideado para que los funcionarios renovaran su compromiso con las metas y la misión de la Organización.

Estaban teniendo lugar celebraciones dentro de la Organización y en los planos nacional y regional, que adoptaban muy diversas formas: ferias y exposiciones, simposios, sellos de correos, concursos y premios, materiales para los medios de comunicación, actividades deportivas, confección de colchas de retazos, etc. La OPS había creado una página web específica del centenario y realizado videos, anuncios de servicios públicos, productos conmemorativos y otros.

Varios delegados presentaron lo que sus países estaban haciendo para celebrar el centenario.

El Delegado de Canadá dio su enhorabuena por el éxito de los actos realizados y deseó lo mejor para los que habrían de celebrarse. Canadá había plantado un árbol para conmemorar el centenario; junto al árbol se había puesto una placa de granito grabada en los cuatro idiomas de la Región. Como gesto de agradecimiento por los servicios prestados por el Director a la Organización, y en reconocimiento de su interés por la jardinería, Canadá le ofreció la pala especial fabricada para la ocasión.

El Director expresó su agradecimiento por el regalo, y dijo que le sería muy útil en sus años de jubilación. Ahora que la Organización se encontraba en la mitad del año de celebraciones, dio las gracias a todos los que habían contribuido al éxito del centenario, que constituía la celebración de todo lo que los Estados Miembros habían logrado.

El Comité tomó nota del informe y del subsiguiente debate, pero no consideró necesario aprobar una resolución al respecto (decisión CE130[D6]).

Asuntos administrativos y financieros

Informe sobre la recaudación de las cuotas (documentos CE130/22 y CE130/22, Add. I)

El Sr. Mark Mathews (Jefe, Departamento de Presupuesto y Finanzas, OPS) informó de que, a 31 de diciembre de 2001, la recaudación de las cuotas totalizaba \$92,9 millones, de los cuales \$54,5 millones representaban el pago de las cuotas de 2001 y \$38,4 millones correspondían a años anteriores. En el anexo A del documento se incluía información pormenorizada sobre la recaudación de las cuotas, desglosada por Estado Miembro y por fecha de pago. El monto total de las cuotas adeudadas a 1 de enero de 2002 ascendía a \$49,2 millones. Los pagos recibidos entre el 1 de enero y el 17 de junio

de 2002 habían ascendido a \$18,6 millones, es decir, 38% de ese total, con lo que los pagos pendientes habían quedado reducidos a \$30,6 millones, frente a los \$22,2 millones y \$22 millones pendientes en los momentos correspondientes de 2001 y 2000, respectivamente.

La recaudación de las cuotas correspondientes a 2002 ascendía a \$29,7 millones el 17 de junio de 2002. Diez Estados Miembros habían pagado la totalidad de sus cuotas de 2002, 5 habían realizado pagos parciales y 24 no habían efectuado ningún pago. Estas recaudaciones representaban 33% de las cuotas del año actual; las cifras correspondientes eran 32% en 2001, 27% en 2000 y 25% en 1999. En conjunto, la recaudación de los atrasos y las cuotas del año actual, durante 2002, totalizaba \$48,3 millones, frente a \$61,5 millones en 2001, \$47 millones en 2000 y \$45 millones en 1999. En el anexo B del documento figuraba información detallada sobre los pagos recibidos y su aplicación.

De conformidad con el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS, podrían quedar suspendidos los privilegios de voto de los países con retrasos por importes superiores a dos años de cuotas. El 43.^{er} Consejo Directivo, mediante la resolución CD43.R2, había solicitado al Director que siguiera vigilando la ejecución de los arreglos especiales de pago por parte de los Estados Miembros atrasados en sus cuotas de años anteriores; que informara al Comité Ejecutivo del cumplimiento por los Estados Miembros de sus compromisos de pago de cuotas; y que informase a la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana sobre el estado de la recaudación de las cuotas de 2002 y años anteriores.

Los Estados Miembros sujetos a la posible aplicación del Artículo 6.B en ese momento eran Argentina, Cuba, Ecuador y República Dominicana. Argentina adeudaba un total de \$21,8 millones, de los cuales \$9,7 millones correspondían a los años 1997 a 1999. Había presentado un plan de pagos diferidos que había sido aceptado por la Oficina en 2000; en el momento de la apertura del 43.^{er} Consejo Directivo no había efectuado pagos suficientes para considerarse en cumplimiento del plan, pero en la resolución CD43.R2 el Consejo Directivo había mantenido a Argentina su derecho de voto, señalando, sin embargo, que no se concederían más prórrogas. Se exigió a Argentina que efectuara pagos por un total de \$7.725.967 antes de la apertura de la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana. Hasta la fecha, había efectuado pagos por un importe de \$178.655.

Cuba adeudaba \$2,0 millones, de los cuales aproximadamente \$197.000 correspondían a 1999. Estaba en cumplimiento de su plan de pagos diferidos, que había sido aceptado por la Oficina en 1996. La República Dominicana adeudaba aproximadamente \$550.000, de los cuales unos \$103.000 correspondían a 1999. Había presentado un plan de pagos diferidos que se había aprobado en 2001, según el cual tenía que pagar una cantidad adicional de \$188.060 antes de finales de 2002. Ecuador adeudaba aproximadamente \$529.000, de los cuales cerca de \$82.000 correspondían a

1999. Estaba en cumplimiento del plan de pagos diferidos aprobado por la Oficina, y tenía que efectuar pagos por un total de \$220.000 en 2002.

Perú no estaba actualmente sujeto a la aplicación del Artículo 6.B, pero de acuerdo con su plan de pagos diferidos de 1999 se le exigió el pago de \$200.000 por 2001 y de \$652.980 por 2002, para finales de 2002.

El Delegado de Canadá señaló que el tema de las cuotas seguía causando problemas financieros a la Organización. El proceso de pago diferido ayudaba a los países a cubrir sus atrasos, sin causarles dificultades desmesuradas. Cada Estado Miembro tenía que cumplir su parte, y Canadá instaba a los Estados Miembros a que abonaran las cuotas a tiempo y en su totalidad.

El Delegado de Argentina recordó que su país había sido un participante muy activo y contribuyente a las actividades de la OPS desde su fundación. En ese momento, su país estaba atravesando una situación económica crítica que repercutía en todos los aspectos de la vida nacional, incluida la salud. Argentina tenía la intención de cumplir su compromiso con la OPS y estaba en estrecho contacto con las dependencias pertinentes para resolver la situación.

El Director felicitó a los países que respetaban sus planes de pagos diferidos. El que así lo hicieran, pese al gran sacrificio que ello representaba en muchos casos, indicaba lo mucho que valoraban a la Organización.

El Comité aprobó la resolución CE130.R3.

Reglamento financiero de la OPS (documento CE130/23)

Este tema fue también presentado por el Sr. Mathews, quien explicó que el actual Reglamento Financiero de la OPS, que no se había modificado desde 1991, necesitaba revisión, pues ya no concordaba con el reglamento de la OMS, como tampoco reflejaba plenamente las normas corrientes de notificación contable ni las prácticas empresariales modernas. En los últimos meses se había procedido a un examen integral del reglamento vigente. Se habían analizado los cambios introducidos por la OMS y, a partir de ese análisis, se había vuelto a redactar el reglamento de la OPS. En el anexo 1 del documento CE130/23 se comparaban y explicaban las modificaciones del articulado y en el anexo 2 figuraban las modificaciones propuestas al Reglamento Financiero.

La propuesta de modificación del Reglamento se ajustaba, en la medida en que era práctico y posible, a la adoptada por la OMS en mayo de 2000, y reflejaba el cumplimiento por parte de la OPS de las normas de contabilidad del sistema de las Naciones Unidas. Entre los cambios, además, figuraban: reorganizar la información para

reflejar el ciclo financiero, reclasificar como reglas ciertos artículos del Reglamento, corregir los errores y proceder a una revisión a fondo para eliminar información superflua o duplicada y para introducir la debida perspectiva de género en la terminología utilizada.

El orador comentó las explicaciones de todos los cambios, presentadas en el anexo 1, y destacó determinados cambios específicos indicativos del tipo de modificación propuesta.

La OPS consideraba que el Reglamento propuesto representaba una considerable mejora con respecto al existente, pues se presentaba de manera clara y ordenada y reflejaba las prácticas financieras y de control corrientes. Aunque los cambios propuestos eran bastante extensos, no se habían modificado sustancialmente los requisitos básicos del actual Reglamento y, en la medida de lo posible, se habían hecho compatibles con el Reglamento Financiero de la OMS.

El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE130.R4, por la cual avala las modificaciones propuestas.

Informe financiero del Director e informe del auditor externo correspondientes a 2000-2001 (Documento Oficial 305), e informe sobre el Fondo de Trabajo (documento CE130/24)

Informe financiero del Director e informe del auditor externo correspondientes a 2000-2001

El Sr. Mathews resumió el Documento Oficial 305, que contenía el informe del Director sobre las operaciones financieras de la OPS del 1 de enero de 2000 al 31 de diciembre de 2001, la situación financiera de la Organización al 31 de diciembre de 2001 y los estados financieros del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) y el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). Como de costumbre en el informe bienal, el documento iba acompañado del informe del auditor externo.

El estado del activo, el pasivo y las reservas y saldos de los fondos al 31 de diciembre de 2001 reflejaba el manejo prudente de los activos financieros de la Organización durante el bienio.

Un aumento sustancial de la recaudación de las cuotas correspondientes al bienio en curso había dado lugar a un exceso de los ingresos sobre los gastos de \$4,9 millones en el presupuesto ordinario para el bienio, antes de las transferencias. Las recaudaciones de las cuotas correspondientes al bienio actual habían alcanzado \$132,1 millones, lo que representaba un aumento de \$7,6 millones con respecto al bienio anterior. Se habían

recibido pagos de cuotas de bienios anteriores por un importe de \$36,1 millones, es decir, 77% del saldo pendiente a 1 de enero de 2000. A cuatro Estados Miembros podría aplicárseles el Artículo 6.B a 1 de enero de 2002, frente a siete Estados Miembros el 1 de enero de 2000. De los \$4,9 millones de exceso de ingresos, \$2,8 millones habían sido transferidos al Fondo de Bienes de Capital, y \$2,1 millones al Fondo para Bienes Inmuebles. El Fondo de Trabajo se había capitalizado plenamente a \$15 millones, y su parte no comprometida ascendía a \$12,1 millones. En el bienio, los tres centros (CAREC, CFNI e INCAP) habían presentado un exceso combinado de ingresos sobre los gastos de \$2,4 millones.

Los ingresos varios obtenidos durante el bienio, más los ahorros o la cancelación de las obligaciones de períodos anteriores, habían ascendido a \$18 millones, lo que constituía un aumento de \$1 millón frente al bienio anterior, y \$3,9 millones más que la cantidad presupuestada.

Los gastos totales de \$683 millones en el bienio 2000-2001 suponían un aumento de \$50 millones con respecto al bienio 1998-1999. Ese incremento se debía a que habían aumentado en \$9 millones los gastos del presupuesto ordinario de la Organización, en \$28 millones el Fondo Rotatorio para el Programa Ampliado de Inmunización y en \$9 millones el Fondo para Bienes Inmuebles. Los gastos principales de la OMS habían sido de \$77 millones para el presupuesto ordinario, \$8 millones para el Fondo Voluntario de Promoción de la Salud, \$3 millones para el Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles y \$8 millones para otros proyectos.

El estado de las asignaciones del presupuesto ordinario durante el ejercicio financiero 2000-2001 ponía de manifiesto que la Organización había dispuesto de un presupuesto aprobado y asignado de \$195 millones, menos gastos de personal de \$18 millones, lo que suponía un presupuesto efectivo de \$177 millones.

El Fondo Rotatorio para Compras de Emergencia había concluido 2001 plenamente financiado a \$125.000. El Fondo Rotatorio para el Programa Ampliado de Inmunización había concluido el año con un saldo en efectivo positivo de \$13 millones, tras los gastos que totalizaron aproximadamente \$214 millones durante el bienio. En cuanto a los proyectos de los fondos fiduciarios, se habían recibido en el bienio \$106 millones. Los proyectos financiados por los fondos fiduciarios procedentes de donaciones y puestos en práctica durante el bienio habían ascendido a \$104 millones.

Los ingresos del presupuesto ordinario del CAREC superaron a los gastos en \$1 millón, como resultado de \$1,6 millones de aumento de la recaudación de las contribuciones señaladas. A fines del bienio, el déficit acumulado previo del CAREC, de \$257.000, se había convertido en un balance acumulado del fondo de trabajo de \$737.000. Los gastos del CAREC con cargo a todos los fondos totalizaron más de

\$9,1 millones. El estado de las cuotas adeudadas por los miembros arrojó saldos deudores de \$4,2 millones al 31 de diciembre de 2001, frente a \$5,2 millones a fines de 1999. El estado de los fondos fiduciarios del CAREC reflejó un aumento de \$1,2 millones de ingresos y de \$675.000 de gastos. Las cantidades adeudadas por los donantes se habían elevado a \$279.000, y los fondos adelantados habían totalizado \$794.000, lo que había arrojado un saldo en efectivo de \$515.000 en los fondos fiduciarios.

El CFNI había presentado un exceso de ingresos sobre los gastos de \$48.000. El aumento de \$310.000 de la recaudación de las cuotas evaluadas había dado lugar a un mejoramiento de \$297.000 del desempeño bienal del CFNI, frente al déficit bienal 1998-1999 de \$249.000. El presupuesto ordinario del CFNI y el déficit acumulado del fondo de trabajo habían disminuido a \$344.000 desde el 31 de diciembre de 2001. El estado de las cuotas adeudadas indicaba que los atrasos habían disminuido a \$723.000, y el estado de los fondos fiduciarios reflejaba gastos de \$204.000, un aumento de \$170.000 frente al bienio anterior.

El INCAP había recibido ingresos de \$1,2 millones para su presupuesto ordinario, como en el bienio anterior. Gracias a un control cuidadoso de los gastos, el Centro había tenido un exceso neto de ingresos sobre gastos de \$35.000. Como el fondo de trabajo estaba plenamente financiado a \$1 millón, el superávit se había transferido al fondo de reemplazo de activos fijos. El fondo de dotación del INCAP había ganado \$9.000 en intereses durante el bienio, que habían contribuido al saldo de \$348.000 del fondo. El estado de los fondos fiduciarios del INCAP había arrojado ingresos de \$2,1 millones y gastos de \$1,6 millones durante el bienio. Los saldos de los fondos fiduciarios habían aumentado de \$250.000 el 1 de enero de 2000 a \$800.000 el 31 de diciembre de 2001.

El informe del Auditor Externo fue presentado por el Sr. Graham Miller en nombre de sir John Bourn (Auditor Externo, Oficina de la Auditoría Nacional del Reino Unido). El Sr. Miller dijo que la auditoría no había revelado puntos flacos ni errores que los auditores hubieran considerado que repercutieran materialmente en la validez de los estados financieros en su totalidad. Los auditores externos habían emitido una opinión sin reservas sobre los estados financieros del ejercicio comprendido entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de diciembre de 2001. La auditoría externa había sido informada e independiente, y se había llevado a cabo siguiendo normas rigurosas y las prácticas más adecuadas. Cabe decir que, a la luz de acontecimientos recientes, la objetividad y la integridad del proceso de auditoría cobraba más importancia que nunca, en particular en el caso de organizaciones responsables de la función rectora de los fondos públicos o estatales.

Como parte de su trabajo, los auditores habían visitado la sede de la OPS y 10 oficinas de campo. Se habían enviado a la administración de la OPS cartas sobre asuntos de gestión que informaban sobre esas visitas.

En lo que respecta a la OPS, el informe de auditoría 2000-2001 confirmaba un exceso neto de ingresos sobre gastos de \$4,9 millones. Los resultados financieros del bienio mostraban que la Organización estaba en una posición relativamente fuerte, aunque había habido alguna reducción de la recaudación de las contribuciones señaladas de años anteriores.

La situación financiera de CAREC había mejorado, en particular por los mejores pagos a sus fondos fiduciarios. Sin embargo, los atrasos de las cuotas seguían afectando a la situación financiera del Centro. Los auditores externos habían alentado a los Estados Miembros a respetar el calendario de pago de sus contribuciones. En las cartas sobre asuntos de gestión se habían hecho varias observaciones en cuanto a las posibles mejoras de la gestión financiera y los controles. En el CFNI, la tasa de recaudación de las contribuciones había sido, en general, inferior a la de la OPS, pese a los esfuerzos del Instituto por alentar a los Estados Miembros a pagar sus cuotas; esto tenía un efecto perjudicial sobre la viabilidad financiera del CFNI.

En el informe de auditoría se indicaba que los auditores habían llevado a cabo anteriormente un examen de alto nivel del marco de planificación estratégica, vigilancia y evaluación de la OPS, que se había presentado al Comité Ejecutivo en junio de 2000. Siguiendo la recomendación de los auditores de que se procediera a realizar exámenes cíclicamente, y a petición del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, se había llevado a cabo en 2000-2001 una evaluación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS), con participación de la auditoría externa. El trabajo había abordado cuatro objetivos principales en cuanto a la eficacia y la gestión del Centro, como también había procurado probar un modelo que podría usarse para evaluar los demás centros, en general. Se había presentado al Director un informe de dicha evaluación.

Se había presentado un informe de auditoría por separado sobre el INCAP, en el que se había puesto de manifiesto un ligero superávit. Había seguido aumentando la proporción de cuotas cobradas, y los sistemas de control financiero seguían siendo sólidos y eficaces.

El Delegado de Jamaica señaló que CARICOM había solicitado años atrás una evaluación de la función de las diversas instituciones como el CFNI, el CAREC y otras, con miras a determinar si su trabajo podría realizarse más eficazmente. Resultó ser que el no haber realizado tal evaluación estaba influyendo en las actitudes de los gobiernos frente a la contribución, por lo que era esencial realizar la evaluación lo antes posible.

El Delegado de Canadá acogió con agrado la opinión favorable a la auditoría y la conclusión general de que la Organización tenía una buena base financiera. Consciente de la presión que recaía en una organización cuando las cuotas no se pagaban en su totalidad

y a tiempo, exhortó a todos los Estados Miembros a que intentasen seriamente cumplir su obligación. Preguntó si el superávit podría servir en el futuro para bajar las cuotas de los Estados Miembros.

El Director dijo que pocas cosas tenían más importancia para la posición de una organización que el informe sobre cómo se llevaban las finanzas. Si una organización pública cometía un acto ilícito o un fraude, podría verse muy seriamente dañada. Los recursos de la OPS provenían de los países que la constituían, los cuales se esforzaban sobremanera y tenían gran dificultad para pagar sus cuotas. Una opinión sin reservas de la auditoría no era algo que se formulara a la ligera, y representaba un claro gesto de aprobación de la manera en que se administraban los fondos de la Organización. La OPS, dijo, tenía un elevadísimo sentido de la responsabilidad en cuanto a la adecuada utilización de los fondos públicos. Además, cuando la OPS recibía de los auditores una carta sobre asuntos de gestión, la tomaba muy seriamente como algo sobre lo que había que trabajar de inmediato. Esperaba que el Comité Ejecutivo compartiera su satisfacción por el favorable informe de los auditores sobre la gestión de los fondos de la Organización.

El orador agregó que era una fuente de satisfacción saber que, al menos, el déficit del fondo de trabajo del CAREC y del CFNI se había eliminado. Por recomendación de los auditores, se cerrarían algunos fondos que llevaban varios años inactivos.

Por otro lado, manifestó su inquietud por los impagos de cuotas de algunos Estados Miembros. Tales impagos solían deberse a incapacidad y no a renuencia; conocedora de ello, la OPS era solidaria con tal dificultad, pero también tenía sus propias dificultades. Al momento eran menos que en otros bienios los países a los que cabía aplicar el Artículo 6.B de la Constitución, y esperaba que un día no hubiese ninguno.

Tal vez, continuó, cabría estudiar la posibilidad de emplear el superávit para reducir las cuotas, pero su experiencia como Director le indicaba que la actitud de los Estados Miembros no era la de pretender tener contribuciones inferiores. Lo que los países querían era tener la seguridad de que sus contribuciones se administraban adecuadamente y daban los resultados deseados, pero no parecían preocupados por recortar sus contribuciones.

El Comité aprobó la resolución CE130.R5.

Fondo de trabajo

El Sr. Mark Mathews (Jefe, Departamento de Presupuesto y Finanzas, OPS) señaló a la atención de los presentes el documento CE130/24, sobre la situación del fondo de trabajo de la Organización. Este fondo se había establecido de conformidad con la

resolución II de la tercera reunión del Consejo Directivo, financiado con los fondos excedentes al 31 de diciembre de 1949, con el objeto primordial de financiar las consignaciones del presupuesto ordinario, y estaba supeditado a la recepción de las contribuciones señaladas de los Estados Miembros. Además, con el fondo también podía hacerse frente a las necesidades de los centros panamericanos, en espera de la recepción de sus contribuciones señaladas.

En 1979, el Banco Interamericano de Desarrollo había dado su acuerdo para el préstamo de \$5 millones a la Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF) para el Programa Ampliado de Libros de Texto. La OPS había garantizado el préstamo y mantenido como reserva una parte del saldo disponible del fondo de trabajo. La reserva, que representaba el saldo pendiente del préstamo, era de \$2,9 millones a 31 de diciembre de 2001.

En 1993, el 37.º Consejo Directivo, habiendo observado el incremento del presupuesto bienal, había autorizado al Director a aumentar el nivel del fondo de trabajo de \$11,0 millones a \$15,0 millones. Desde entonces, las actividades de la Organización habían seguido ampliándose y el presupuesto había aumentado 17%. Se esperaba que el gasto total de la OPS, incluidas las adquisiciones y otras actividades extrapresupuestarias, alcanzara \$600 millones en el bienio en curso, lo que representaba un aumento de más de 80%.

Durante los tres bienios precedentes, la OPS había recurrido al fondo de trabajo para financiar los déficits del presupuesto ordinario, los gastos extraordinarios por la renovación del edificio de la Sede, los imprevistos del Fondo Rotatorio para el Programa Ampliado de Inmunización, así como los déficits temporales de dos de los centros panamericanos administrados por la Organización. Durante el bienio 1994–1995, el fondo de trabajo se había agotado de resultas de un fallo desfavorable del Tribunal de la OIT.

El presupuesto bienal se financiaba mediante las contribuciones señaladas y con los ingresos varios. Se había previsto que los ingresos varios, incluidos los ingresos en concepto de inversiones, contribuirían con \$16,5 millones al presupuesto bienal 2002–2003. Sin embargo, los tipos de interés habían bajado extraordinariamente desde que se habían hecho tales proyecciones: los Estados Unidos estaban en su punto más bajo desde hacía 40 años. Por consiguiente, en los cálculos actuales en concepto de ingresos varios se proyectaba un déficit de la cantidad presupuestada de hasta \$6,0 millones.

Aunque el fondo de trabajo estaba plenamente financiado en \$15 millones, el saldo disponible era de \$12,1 millones. Esto representaba menos de dos meses de gasto, después de tener en cuenta la reserva para el préstamo de la PAHEF. Dados los riesgos financieros inherentes al actual ambiente económico y político, se solicitaba un aumento

de \$8,0 millones del máximo de capitalización del fondo de trabajo. Con \$23,0 millones, el fondo equivaldría al gasto actual de unos tres meses. El aumento podría ser financiado con la recaudación de los atrasos de las contribuciones en el bienio corriente y más adelante.

El Delegado de Canadá preguntó si el pago inmediato de las cuotas reduciría la necesidad de aumentar el Fondo de Trabajo. La Delegada de Estados Unidos solicitó más información sobre el saldo del fondo desde 1994-1995. Señaló que la OPS tenía otros fondos especiales para hacer frente a gastos imprevistos o extraordinarios, como el Fondo para Bienes Inmuebles. Estados Unidos consideraba que el fondo de trabajo de las organizaciones internacionales no debía superar el 8,3% de su presupuesto anual, lo que representaba el gasto operativo de un mes. El objetivo del 8,3% había sido respaldado por la Dependencia Común de Inspección de las Naciones Unidas para los organismos del sistema. Dado que el fondo de trabajo de la OPS ya casi duplicaba ese nivel, Estados Unidos no podía dar su apoyo a la propuesta de aumentarlo. La delegada propuso volver a estudiar la cuestión al cabo de un año, pues al parecer no se preveían gastos verdaderamente grandes en el próximo año.

El Sr. Mathews respondió que el pago inmediato de las cuotas reduciría la necesidad de aumentar el fondo de trabajo, pero no la eliminaría. A junio de 2002, los atrasos debidos a la Organización totalizaban \$91 millones. Recordó que el saldo del fondo era de \$156.000 a fines del bienio 1994-1995, de \$6,8 millones a fines de 1996-1997 y de \$15 millones al final de 1998-1999 y de 2000-2001. El objetivo de un mes de gastos operativos había sido propuesto por un inspector de la Dependencia Común de Inspección en un informe de 1989, en el que también se afirmaba que la evaluación de los niveles aconsejables de un fondo de trabajo debía tener en cuenta varios factores, como el objetivo del fondo, otros tipos de reservas, como los fondos especiales para fluctuaciones monetarias, y la autoridad para pedir adelantos. La OPS no disponía de otras reservas, ni tenía la capacidad de emitir adelantos internos. Un fondo de trabajo de \$23 millones representaría 12% del presupuesto ordinario de la OPS, pero sólo 8% del presupuesto combinado de la OPS/OMS. Otras organizaciones de las Naciones Unidas tenían un fondo de trabajo con un nivel entre 9% y 13% de su presupuesto.

El Dr. Alleyne recordó que en el bienio 1994-1995, cuando accedió al puesto de Director, el juicio desfavorable del Tribunal de la OIT, junto con otros gastos imprevistos, había obligado a la OPS a proceder a recortes de personal y de programas. La Organización se salvó por muy poco, y casi había tenido que vaciar el fondo de trabajo. Él había prometido al Comité Ejecutivo que tal situación no volvería a presentarse. Gracias a la cuidadosa gestión en los años posteriores, se había restaurado el fondo de trabajo, pero se necesitaba un amortiguador más grande.

Si bien era verdad que algunas organizaciones tenían fondos de trabajo más pequeños, no era menos cierto que, a diferencia de la OPS, podían pedir adelantos internos, lo que él no consideraba una buena práctica de gestión. Un fondo equivalente a los gastos operativos de tres meses no era una cantidad enorme; era una protección razonable contra la incertidumbre. Tener un fondo de trabajo suficiente era una cuestión de prudencia, pues no se podía predecir el futuro en cuanto a la estabilidad financiera. En el último año, por ejemplo, habían caído los tipos de interés, lo que había tenido un efecto devastador en los ingresos proyectados de la Organización. Para cuando el Comité Ejecutivo se reuniera en junio de 2003, las razones de tener un amortiguador más grande serían, sin duda, aún más convincentes. Entre tanto, la Oficina proporcionaría a los Estados Miembros más información sobre lo que había sucedido cuando la Organización había estado cerca de la ruina.

El Comité Ejecutivo decidió volver a estudiar la cuestión del fondo de trabajo en su 132.^a sesión, en 2003 (decisión CE130[D5]).

Edificios de la OPS y sus instalaciones (documento CE130/25, Rev. 1)

El Dr. Richard Marks (Jefe, Departamento de Servicios Generales de la OPS) explicó que el proyecto de renovación del edificio de la sede de la OPS se había llevado a cabo, en lo fundamental, en el plazo previsto y ligeramente por debajo de los \$13 millones presupuestados. El edificio se había modernizado a fondo; se había retirado del edificio la práctica totalidad de los materiales que contenían asbesto, y se habían hecho varias adaptaciones al edificio en cumplimiento de la ley de los Estados Unidos sobre las personas con discapacidades. Se habían diseñado de modo más ergonómico los puestos de trabajo y otras zonas, como las adaptadas para breves descansos y las salas de conferencias, lo que había mejorado las condiciones de trabajo del personal. Con la finalización del proyecto, el límite máximo del Fondo para Bienes Inmuebles regresaría a su nivel normal de \$500.000.

La Oficina solicitaba ahora la aprobación del Comité para un nuevo proyecto por financiar con cargo al Fondo para Bienes Inmuebles. El proyecto consistía en reparar y sustituir varias zonas de hormigón de los garajes del sótano y subsótano, deterioradas por el agua y con signos importantes de desgaste. La cantidad solicitada para las obras era de \$220.000.

El Comité aprobó la resolución CE130.R11, por la que se aprueba el proyecto propuesto.

Asuntos relativos al personal

Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CE130/26)

El Sr. Philip MacMillan (Jefe, Departamento de Personal, OPS) resumió las modificaciones que se habían hecho al Reglamento y al Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana desde la 128.^a sesión del Comité en 2001. Dichos cambios concordaban con los aprobados por el Consejo Ejecutivo de la OMS en su 108.^a y 109.^a reuniones. También se ajustaban a la resolución CE59.R19, aprobada por el Comité Ejecutivo en su 59.^a sesión (1968), en la que se solicitaba al Director que continuase introduciendo las modificaciones que estimara necesarias en las disposiciones del Reglamento del Personal de la OSP a fin de que guardasen estrecha semejanza con las del Reglamento de Personal de la OMS.

Se habían efectuado modificaciones de la escala de sueldos, que figuraba en el Artículo 330.2, para el personal de la categoría profesional y superior, ateniéndose a la fórmula “sin pérdida ni ganancia”, en conformidad con los ajustes aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Como consecuencia de tal modificación, también había que ajustar los sueldos correspondientes del Director Adjunto, la Subdirectora y el Director. Se invitó al Comité Ejecutivo a ratificar los cambios de sueldo correspondientes al Director Adjunto y la Subdirectora, y a recomendar a la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana que aprobara el ajuste aplicable al sueldo del Director.

El Artículo 110.7 del Reglamento del Personal aclaraba la necesidad de que los miembros del personal comunicasen los intereses que pudieran tener y que quizá entrasen en conflicto con los de la Organización. Los artículos 350.1 y 350.2.2 del Reglamento del Personal se referían a los costos de pensionado de los hijos del personal de contratación internacional con derecho a subsidio de educación. El Artículo 530 del Reglamento del Personal trataba de la supervisión y evaluación del desempeño del personal, y se había modificado para reflejar la introducción del nuevo sistema de evaluación del desempeño de la OPS.

Las restantes enmiendas al Reglamento y Estatuto del Personal estaban relacionadas con los cambios en los arreglos contractuales aprobados por el Consejo Ejecutivo de la OMS en enero de 2002, que podían dividirse en tres categorías generales. Una era el abandono de los nombramientos de funcionarios de carrera y el establecimiento de tres tipos de contratos: los nombramientos temporales (11 meses o menos), los nombramientos de plazo fijo (entre 1 y 5 años) y los nombramientos de servicio (sin un límite temporal especificado, pero que continuaría mientras se requirieran las funciones y si el desempeño del funcionario era satisfactorio). La segunda categoría

contenía cambios de la duración de los nombramientos temporales y de las prestaciones para el personal contratado a plazo fijo. La tercera categoría tenía que ver con procedimientos de cese en el empleo del personal cuyos puestos se hubieran suprimido.

El documento CE130/26 contenía el texto de las modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal, junto con una explicación más detallada de cada cambio. Se invitó al Comité Ejecutivo a ratificar dichas modificaciones.

La Delegada de los Estados Unidos señaló que algunos de los cambios eran constructivos porque daban prioridad al mérito y al desempeño, pero que otros tendrían repercusiones económicas. Su delegación era consciente de que la política de la OPS consistía en modificar su Reglamento del Personal para adaptarlo a los cambios aprobados por el Consejo Ejecutivo de la OMS; sin embargo, a discreción del Director, la OPS podía optar por no aplicar alguno de los cambios. En cualquier caso, los Estados Unidos esperaban que la Oficina aplicase las modificaciones muy cuidadosamente, para que no agregaran una carga económica significativa.

El Sr. MacMillan aseguró al Comité que la Oficina velaría por que el Reglamento del Personal se interpretase y aplicase adecuadamente, teniendo cuidado de evitar todo aumento importante de costos. En términos generales, creía que los cambios eran positivos, precisamente porque insistían más en el desempeño y en que el personal estuviera al alto nivel que los Estados Miembros de la Organización esperaban.

El Comité aprobó la resolución CE130.R12, por la cual confirmó las modificaciones al Reglamento y al Estatuto del Personal, el establecimiento de los sueldos de la Subdirectora y del Director Adjunto, y la recomendación de que la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana confirmara el cambio de sueldo del Director.

Intervención de la representante de la Asociación de Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CE130/27)

La Sra. Brenda Simons Gilliam (Presidenta, Asociación de Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana) dio al Comité las gracias por dar a la Asociación de Personal la oportunidad de presentar alguna de sus inquietudes con relación a los cambios en el Reglamento del Personal y otros asuntos que afectaban a las condiciones de trabajo del personal de la Organización. Algunos de los cambios del Reglamento del Personal eran buenos. En particular, se había acogido favorablemente la ampliación de la cobertura de atención de salud al personal temporero. En efecto, no podía justificarse que una organización sanitaria no ofreciese seguro de salud a todos sus empleados.

Sin embargo, la Asociación de Personal tenía graves objeciones a otros cambios. Por ejemplo, el cambio del procedimiento de supresión de los puestos y de reducción de

la plantilla disminuiría enormemente la seguridad del trabajo del personal. Para proteger los derechos adquiridos del personal en servicio, la Asociación consideraba que no debía cambiarse el procedimiento o, si las enmiendas aprobadas por la OMS fueran adoptadas, que el nuevo procedimiento debía aplicarse sólo al personal contratado a partir de la fecha de entrada en vigor de la modificación. Además, a la Asociación le preocupaba que las tareas que cubría el personal cuyos puestos pudieran suprimirse quizá se reasignaran a personal que ya estaba sobrecargado. Deseaba recalcar que los puestos debían suprimirse sólo si las funciones asociadas con ese puesto ya no fueran necesarias.

También preocupaba a la Asociación de Personal la repercusión que los cambios del Artículo 530 del Reglamento del Personal podrían tener en el sistema de evaluación del desempeño de la OPS, a cuyo diseño había contribuido el personal y que estaba especialmente orientado a las necesidades de la OPS. La Asociación instaba a la Oficina a adoptar sólo aquellos aspectos del sistema de evaluación del desempeño de la OMS que respondieran a las necesidades de la OPS y su personal.

La Asociación de Personal seguía manteniendo que cualquier reforma de los recursos humanos que se introdujera en la OMS y la OPS debía ser fruto de un proceso de negociación colectiva de buena fe entre el personal y la dirección. La Asociación proponía, por consiguiente, la creación de un comité mixto del personal y la administración de la OPS para estudiar el tema y formular una propuesta que se presentaría en la próxima reunión del Consejo Mundial Personal/Administración de la OMS.

A la Asociación de Personal también le preocupaba la cuestión del acoso, que existía en la OPS en diversos grados. Se necesitaba una política como la aplicada en la OMS, y también adiestramiento del personal, supervisor y no, sobre lo que constituye acoso y cómo hacerle frente. La seguridad del personal de campo era otro asunto que requería atención. La Asociación de Personal consideraba que, al trasladar las oficinas de campo, la seguridad del personal tenía que ser una consideración primordial, pues los recursos humanos eran el recurso más importante de la Organización. La Asociación solicitó también que se preparase un plan de seguridad para el personal contratado en los países, y sus familias, en lo que atañe a desastres naturales, disturbios políticos u otras circunstancias peligrosas.

Otros temas de interés eran las oportunidades de promoción profesional del personal y la disminución de las pensiones del personal de Servicios Generales debido a las devaluaciones. La Asociación de Personal mantenía una relación amigable y cortés con la administración y esperaba continuar el diálogo para abordar esos y otros temas planteados en el documento CE130/27.

En el subsiguiente debate, varios delegados señalaron que lo ideal hubiera sido que el Comité escuchara la intervención de la representante de la Asociación de Personal antes de tener que considerar las modificaciones del Reglamento del Personal. Como la resolución por la que se confirmaban dichas modificaciones ya había sido aprobada, poco podía ya hacer el Comité respecto a los asuntos mencionados en la ponencia. El Comité señaló también que algunos de los problemas citados por la Sra. Simons Gilliam –en particular el del acoso– no se habían tratado en el documento, y sugirió que en el futuro dicho documento incluyera todos los asuntos que la Asociación de Personal deseara someter a la consideración del Comité.

La Delegada de Jamaica señaló que se había mencionado a su país como uno de los países en los cuales se había reubicado la oficina de campo de la OPS. La oficina ocupaba ahora el mismo edificio del Ministerio de Salud. Como el edificio tenía servicios de seguridad veinticuatro horas al día y el acceso se controlaba cuidadosamente, estaba segura de que los funcionarios de la OPS estaban bien protegidos.

En respuesta, la Sra. Simons Gilliam dijo que era usual que el representante de la Asociación de Personal se dirigiera al Comité después del Jefe de Personal. Sin embargo, no sabía que el Comité ya hubiera aprobado una resolución sobre el Reglamento del Personal antes de su presentación. En cuanto al tema del acoso, no se había incluido en el documento CE130/27 porque la Asociación de Personal había solicitado que se mencionara en su declaración después de que el documento ya se había dado a la imprenta.

El Director dijo que simplemente no se le había ocurrido invertir el orden tradicional de los temas del orden del día del Comité y que la representante de la Asociación de Personal precediera al Jefe de Personal. Sin embargo, aunque hubiera hablado primero, habría sido imposible acceder a algunas de las solicitudes de la Asociación. Las modificaciones del Reglamento del Personal ya habían sido aprobadas por el Consejo Ejecutivo de la OMS, y la OPS no tenía otra opción que aplicarlas, ya que algunos puestos de la OPS eran financiados por la OMS. Sencillamente, no era factible, desde un punto de vista de gestión, aplicar reglas diferentes al personal que ocupaba puestos financiados por la OPS. En lo que se refería a las inquietudes de la Asociación de Personal por la supresión de puestos, prometió que los puestos se eliminarían sólo si las funciones ya no fueran necesarias. Nunca se recurriría a una supresión de puestos como respuesta a un desempeño insatisfactorio, lo que era un asunto totalmente distinto.

En cuanto a la evaluación del desempeño del personal, la OPS no adoptaría automáticamente todos los aspectos del sistema de la OMS. En muchos aspectos, el sistema de evaluación del desempeño de la OPS era más avanzado, y, en realidad, la OMS había copiado muchos de los puntos positivos del sistema de la OPS. El sistema se basaba en el acuerdo, entre supervisores y supervisados, en cuanto a las tareas por llevar

a cabo. La evaluación no era valorativa ni pretendía ser un mecanismo para castigar al personal. Más bien, estaba diseñada para revelar si una persona había trabajado como estaba acordado.

Con respecto a la seguridad del personal, aseguró al Comité que la OPS prestaba mucha atención a la seguridad de su personal de campo, y casi todas las mudanzas a nuevos locales se habían hecho precisamente para mejorar la seguridad y las condiciones de trabajo del personal. En cuanto a la seguridad del personal nacional, la OPS estaba obligada a seguir el Manual de Seguridad de las Naciones Unidas. No obstante, dado que la Organización estaba profundamente preocupada por la seguridad y el bienestar de todo su personal, en algunos casos había implantado procedimientos que iban más allá de los reglamentos de las Naciones Unidas, como el transporte del personal de contratación nacional. El Director no creía en verdad que el personal nacional estuviera en situación desventajosa en cuanto a la protección y seguridad.

Sobre el tema del acoso, no querría que el Comité tuviera la impresión de que este era un problema importante en la OPS. De todos modos, estaba debatiéndose una política sobre el tema con la Asociación de Personal, y ya había sido adoptada varios años antes una política en materia de acoso sexual. En cuanto a la promoción profesional, si bien la OPS no tenía un “escalafón”, en sentido estricto, brindaba oportunidades de promoción profesional que habían permitido a algunos funcionarios progresar en el seno de la Organización. Dijo que era un firme partidario del programa de desarrollo de los funcionarios de la OPS, aunque una parte del personal que se beneficiaba del programa quizá dejase luego la Organización, ya que las posibilidades de promoción profesional eran forzosamente limitadas.

Dadas las condiciones de servicio en el sistema de las Naciones Unidas, la OPS no podía considerar la posibilidad de adoptar el sistema de negociación colectiva habitual en el sector privado. Sin embargo, le encantaría establecer un comité para considerar la experiencia de la OIT con la negociación colectiva y evaluar si sería ventajoso que la OPS desarrollase un sistema similar. Afirmó que hacía mucho tiempo que había dicho que siempre defendería el derecho de asociación del personal y su derecho para expresar sus puntos de vista, mientras la relación entre él mismo y la Asociación de Personal se caracterizara por el respeto mutuo y la comprensión. Le complacía que ese hubiera sido el caso durante los ocho años de su dirección.

El Comité Ejecutivo agradeció al personal de la Organización su delicado trabajo y su dedicación, y expresó la convicción de que la buena voluntad que ambas partes mostraban haría posible que la Asociación de Personal y la Administración llegaran a resolver satisfactoriamente los temas planteados en la ponencia. El Comité tomó nota del informe, pero no consideró necesario aprobar una resolución sobre este tema (decisión CE130(D7)).

Asuntos de información general

Resoluciones y otras acciones de la 55.^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS (documento CE130/28)

El Director Adjunto resumió los aspectos clave de 19 resoluciones adoptadas por la 55.^a Asamblea Mundial de la Salud (mayo de 2002) que la Oficina consideraba de especial importancia para la Región de las Américas.

En la primera resolución adoptada por la Asamblea, esta felicitaba a la OPS por su centenario. El Dr. Brandling-Bennett dirigió la atención del Comité a las resoluciones sobre salud mental (en respuesta al llamado a la acción); salud y desarrollo sostenible; contribución de la OMS al seguimiento del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA; protección de las misiones médicas durante conflictos armados; garantía de la accesibilidad de los medicamentos esenciales; erradicación de la viruela (destrucción de las reservas de virus variólico); respuesta mundial de salud pública a la aparición natural, la liberación accidental o el uso deliberado de agentes biológicos y químicos o de material radionuclear que afecten a la salud; prevención y control del dengue y el dengue hemorrágico; calidad de la atención (seguridad del paciente); contribución de la OMS al logro de los objetivos de desarrollo de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas; régimen alimentario, actividad física y salud; nutrición del lactante y del niño pequeño; informe financiero sobre las cuentas de la OMS en 2000-2001; miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución; atrasos en el pago de las contribuciones (República Dominicana); sueldos de los titulares de puestos sin clasificar y del Director General; modificaciones del Estatuto del Personal; y necesidad de ampliar la representación de los países en desarrollo en la Secretaría y en los cuadros y comités de expertos y consultivos.

El Director Adjunto comunicó asimismo que el Programa Nacional de Atención Odontológica Integral para Mujeres Trabajadoras de Escasos Recursos, de Chile, había recibido el Premio Sasakawa de Salud. Hizo extensiva la enhorabuena de la OPS a ese programa. Estados Unidos había sido elegido para designar una persona que formara parte del Consejo Ejecutivo de la OMS, que había celebrado su 110.^a sesión inmediatamente después de la conclusión de la Asamblea. Durante esa reunión, la Dra. Clarice Modeste-Curwen, Ministra de Salud de Granada, había sido elegida Vicepresidenta del Consejo Ejecutivo.

El Comité tomó nota del informe, pero no consideró necesario aprobar una resolución sobre este tema (decisión CE130[D8]).

Otros asuntos

El Delegado de El Salvador subrayó la gravedad creciente de la situación del dengue en su país. Se habían diagnosticado unos 7.400 casos y 7 niños habían muerto de la enfermedad. Solicitó el apoyo continuo de la OPS e instó a los países centroamericanos a que aunaran esfuerzos para combatir la enfermedad, de acuerdo con la Resolución CD43.R4, aprobada el año anterior por el Consejo Directivo, que abogaba por una respuesta coordinada.

El Director dijo que la OPS haría todo lo posible por promover un enfoque regional del dengue, que era indudablemente un problema que trascendía las fronteras nacionales. La Organización propugnaba un enfoque intersectorial que insistía en la promoción de la salud, la educación sanitaria y la comunicación, así como la participación comunitaria, para controlar el vector, *Aedes aegypti*, y prevenir las epidemias, en lugar de reaccionar a ellas después que surgieran. Con ese fin, la Oficina había llamado recientemente a un funcionario experto en comunicaciones y, después de la sesión del Consejo Directivo de 2001, había escrito a los ministros de salud de todos los Estados Miembros, alentándoles a que hicieran causa común con los ministros de educación en la lucha contra el dengue.

Entrega de un premio por la Sociedad Mundial de Epidemiología Veterinaria

El Presidente presentó al Dr. James H. Steele, quien hizo entrega de un premio al Dr. Alleyne en nombre de la Sociedad Mundial de Epidemiología Veterinaria. El Dr. Steele es Doctor en Veterinaria y titular de una Maestría en Salud Pública. Había tenido una larga y distinguida carrera en la salud pública veterinaria. Entre sus muchos logros, había creado la División de Salud Pública Veterinaria de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos y contribuido al lanzamiento de actividades de salud pública veterinaria en la OMS y la FAO. El Dr. Steele proseguía su actividad de consultor de muchos organismos nacionales e internacionales, incluidas la OPS y la OMS. A la fecha, era profesor emérito en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Texas y consultor en el Instituto de Bromatología e Ingeniería en la Universidad A & M de Texas, donde su trabajo se centraba en la higiene de la industria alimentaria y el control de las enfermedades transmitidas por los alimentos.

El Dr. Steele recordó que su introducción en la OPS había tenido lugar en 1945, cuando se le había pedido que evaluara algunos problemas de salud pública veterinaria en el Caribe. En ese momento, había recomendado que la Organización estableciera un programa de salud pública veterinaria, y estaba muy satisfecho de ver que, casi cincuenta años después, el programa estaba prosperando. Continuando la tradición empezada por el Dr. Fred Soper, sir George Alleyne había contribuido a que el programa de la OPS fuera

un modelo para el mundo en cuanto a la colaboración internacional entre el sector agropecuario y la salud pública, así como entre la veterinaria y la medicina. La Sociedad Mundial de Epidemiología Veterinaria lo había honrado creando el premio James H. Steele, que le complacía sobremanera entregar al Dr. Alleyne por su servicio y contribución distinguida al progreso de la salud pública veterinaria.

El Director afirmó que le honraba profundamente recibir el premio personalmente del Dr. Steele, monumento de la salud pública y verdadera leyenda de su tiempo y para siempre. Aceptó el premio no sólo en su propio nombre, sino en nombre de todos los abnegados profesionales que, en la OPS y en otros lugares de la Región, tanto habían trabajado durante mucho tiempo en el campo de la salud pública veterinaria. El Dr. Steele era la personificación del trabajo intersectorial. Si los que siguieron sus pasos realizaran una fracción de lo que él había hecho para asegurar la indivisibilidad de la veterinaria y la medicina, podrían realmente sentirse muy orgullosos. En nombre de toda la Organización Panamericana de la Salud, deseaba agradecerle al Dr. Steele su inestimable contribución a los pueblos americanos mediante su dedicación a la salud pública veterinaria.

Clausura de la sesión

El Director dio las gracias a los miembros y a los observadores por su participación activa y su intensa atención al trabajo del Comité. También agradeció a la Presidencia la habilidad desplegada para dirigir la sesión. La eficiencia del Dr. Ramsammy había permitido al Comité conseguir mucho en unos pocos días. El Comité podía sentirse orgulloso de las resoluciones que había aprobado. Su atención a los detalles y el consenso logrado en cuanto al contenido de esas resoluciones facilitarían enormemente el trabajo de la Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre.

El Dr. Ramsammy dijo que Guyana se sentía honrada y privilegiada por haber podido asumir la Presidencia del Comité Ejecutivo. Dijo que la sesión había sido muy productiva, y agradeció a los participantes sus constructivas contribuciones a las deliberaciones del Comité. Expresó su gratitud al Director, el Director Adjunto y todos los funcionarios de la OPS que habían prestado su apoyo a las reuniones y declaró clausurada la 130.^a sesión del Comité Ejecutivo.

Resoluciones y decisiones

Las siguientes son las resoluciones aprobadas y las decisiones adoptadas por el Comité Ejecutivo en su 130.^a sesión:

Resoluciones

CE130.R1 Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2003-2007

LA 130.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2003-2007 (documento CE130/12),

Tomando nota con satisfacción de los cambios verificados en el proceso de planificación y, como resultado, la atención especial que se presta a cuestiones institucionales decisivas para lograr las prioridades de la cooperación técnica, y

Previendo que la Oficina tendrá en cuenta las observaciones del Comité Ejecutivo al ultimar el Plan,

RESUELVE:

Recomendar a la Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución redactada en los siguientes términos:

LA 26.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2003-2007 (documento CSP26/10);

Consciente de la función constitucional de la Conferencia Sanitaria Panamericana consistente en determinar las políticas generales de la Organización, y

Reconociendo la necesidad que tiene la Oficina de canalizar sus esfuerzos y recursos hacia las prioridades regionales colectivas de salud para ayudar a lograr que todos los pueblos de la Región gocen de una salud óptima,

RESUELVE:

1. Aprobar el Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2003-2007.

2. Solicitar al Director que:
 - a) tenga en cuenta el Plan Estratégico y los recursos humanos que se necesitarán para ejecutarlo al preparar el presupuesto bienal por programas para el ejercicio económico 2003-2007;
 - b) vigile y evalúe el grado en que se logran los objetivos del Plan Estratégico;
 - c) distribuya ampliamente el documento "Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2003-2007".

(Quinta reunión, 26 de junio de 2002)

CE130.R2 Anteproyecto de Presupuesto por Programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el Ejercicio Económico 2004-2005

LA 130.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el documento CE130/8, que contiene una solicitud tentativa a la Organización Mundial de la Salud de un monto de US\$ 72.491.000, sin aumento de costos, para la Región de las Américas para el ejercicio económico 2004-2005,

RESUELVE:

Recomendar a la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, que apruebe una resolución redactada en los siguientes términos:

LA 26.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado el documento CSP26/6 y la solicitud tentativa a la Organización Mundial de la Salud de un monto de US\$ 72.491.000, sin aumento de costos, para la Región de las Américas para el ejercicio económico 2004-2005, y

Tomando nota de la recomendación del Comité Ejecutivo,

RESUELVE:

Solicitar al Director que transmita a la Directora General de la OMS la solicitud de un monto de \$72.491.000, sin aumento de costos, para la Región de las Américas para el ejercicio económico 2004-2005, a objeto de que sea sometida a la consideración del Consejo Ejecutivo de la OMS y de la Asamblea Mundial de la Salud en 2003.

(Quinta reunión, 26 de junio de 2002)

CE130.R3 Recaudación de las Cuotas

LA 130.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el informe del Director sobre la recaudación de las cuotas (documento CE130/22 y Add. I), así como el informe relativo a los Estados Miembros atrasados en el pago de las cuotas al punto de que pueden estar sujetos a la aplicación del artículo 6.B de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud;

Teniendo en cuenta las disposiciones del artículo 6.B de la Constitución de la OPS relativas a la suspensión de los derechos de voto de los Estados Miembros que no cumplan sus obligaciones financieras, y de la posible aplicación de dichas disposiciones a los Estados Miembros que no cumplan el plan aprobado de pagos diferidos; y

Observando con inquietud que hay 24 Estados Miembros que no han efectuado ningún pago de sus contribuciones señaladas para 2002 y que las cantidades recaudadas correspondientes a las contribuciones de 2002 representan solo 33% del total de las cuotas señaladas para el año en curso,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe del Director sobre la recaudación de las cuotas (documento CE130/22 y Add. I).
2. Agradecer a los Estados Miembros que ya han efectuado pagos correspondientes a 2002 e instar a los demás Estados Miembros a que paguen sus cuotas pendientes lo más pronto posible.
3. Recomendar a la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana que las restricciones al derecho de voto estipuladas en el artículo 6.B de la Constitución de la OPS se apliquen rigurosamente a aquellos Estados Miembros que, para la fecha de la apertura de dicha sesión, no hayan efectuado pagos suficientes destinados a cumplir con sus compromisos relativos a las cuotas, y a los que no hayan efectuado los pagos previstos de conformidad con sus planes de pagos diferidos.

4. Solicitar al Director que continúe informando a los Estados Miembros acerca de todo saldo pendiente y que informe a la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana sobre el estado de la recaudación de las cuotas.

(Quinta reunión, 26 de junio de 2002)

CE130.R4 Reglamento Financiero de la OPS: Propuesta de modificación del Reglamento Financiero

LA 130.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo estudiado la ponencia del Director sobre la propuesta de modificación del Reglamento Financiero que figura en el documento CE130/23, y

Considerando que la modificación aportará mayor conformidad con el Reglamento Financiero de la Organización Mundial de la Salud aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud (resolución WHA53.6), y adaptará el Reglamento Financiero de la OPS al adecuado cumplimiento de las normas de contabilidad del sistema de las Naciones Unidas,

RESUELVE:

Recomendar a la Conferencia Sanitaria Panamericana la adopción de una resolución en los siguientes términos:

LA 26.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo estudiado la recomendación del Comité Ejecutivo y la propuesta de modificación del Reglamento Financiero que figura en el anexo 2 del Documento CSP26/19, y

Considerando que la modificación del Reglamento aportará, en la medida en que es práctico y posible, mayor conformidad entre el Reglamento Financiero de la Organización Mundial de la Salud y el de la Organización Panamericana de la Salud, y adaptará el Reglamento Financiero de la OPS al adecuado cumplimiento de las normas de contabilidad del sistema de las Naciones Unidas,

RESUELVE:

Aprobar las modificaciones del Reglamento Financiero de la Organización Panamericana de la Salud que figuran en el anexo 2 del Documento CSP26/19.

(Quinta reunión, 26 de junio de 2002)

CE130.R5 Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo Correspondientes a 2000-2001

LA 130.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo para 2000-2001 (*Documento Oficial 305*),

RESUELVE:

1. Transmitir el Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo para 2000-2001 (*Documento Oficial 305*) a la 26.ª Conferencia Sanitaria Panamericana.
2. Señalar que los estados financieros para el bienio 2000-2001 se presentan en conformidad con las Normas de Contabilidad del Sistema de las Naciones Unidas, lo que trae como consecuencia una mejora en la inclusión de datos y la claridad de los estados.
3. Encomiar a la Organización por su empeño en vigilar y fortalecer la situación financiera del Centro de Epidemiología del Caribe, el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe y el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, con inclusión de fuentes adicionales de apoyo y alentadores esfuerzos conjuntos para elaborar y poner en práctica estrategias dirigidas a mejorar esa situación financiera.
4. Felicitar al Director por sus esfuerzos fructíferos para mantener a la Organización en una situación financiera sólida.

(Quinta reunión, 26 de junio de 2002)

CE130.R6 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) en las Américas

LA 130ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Visto el documento CE130/9 sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas,

RESUELVE:

Recomendar a la Conferencia Sanitaria Panamericana la adopción de una resolución en los siguientes términos:

LA 26ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Recordando la resolución CD32.R12, en que se solicita al Director que facilite informes anuales sobre la situación del VIH/SIDA en la Región;

Visto el documento CSP26/7 sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida en las Américas;

Reconociendo que la epidemia de VIH/SIDA constituye una emergencia mundial y regional con efectos de largo alcance, cuyo impacto en los países de las Américas puede y debe ser reducido mediante un incremento en los esfuerzos políticos, técnicos y financieros, y

Consciente de las oportunidades que, para fortalecer las respuestas nacionales contra la epidemia, ofrecen las metas de la Declaración del 26.º período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (junio de 2001); el establecimiento del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria; la agenda compartida de la Organización Panamericana de la Salud, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial; los avances en el desarrollo de planes y alianzas estratégicas subregionales y entre países, y el rápido progreso de las iniciativas de la OMS y del ONUSIDA sobre el acceso acelerado a los medicamentos antirretrovirales en los países de la Región, así como la Estrategia Mundial para el Sector Salud de la OMS,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:

- a) realicen los mayores esfuerzos para cumplir con las metas de la Declaración de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, sobre todo en lo que atañe a la prevención de la infección con VIH; a la atención, apoyo y tratamiento de las personas que viven con VIH/SIDA y a la reducción del estigma y exclusión social asociados con la epidemia;
 - b) continúen promoviendo y facilitando la cooperación subregional y entre países, estableciendo alianzas estratégicas que utilicen las instancias técnicas y financieras y los foros económicos y políticos idóneos que puedan ampliar la respuesta nacional y regional a la epidemia de VIH/SIDA/ITS en las Américas; y
 - c) exploren las opciones nacionales y regionales para reducir los costos de los medicamentos antirretrovirales y otros suministros de salud pública relacionados con la lucha contra el VIH/SIDA.
2. Solicitar al Director que:
- a) fortalezca la capacidad y respuesta institucionales contra los desafíos planteados por la epidemia de VIH/SIDA en las Américas, específicamente en lo que concierne a las áreas de prevención de la infección con VIH e ITS y la atención y tratamiento de las personas que viven con VIH/SIDA;
 - b) desarrolle un marco estratégico Regional que apoye y fortalezca la cooperación técnica con los Estados Miembros y el mejor aprovechamiento de nuevas oportunidades mundiales y regionales, como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria; la iniciativa de acceso acelerado a los medicamentos antirretrovirales; la Estrategia Mundial del Sector Salud y la colaboración subregional y entre países, en el marco de la colaboración interagencial promovida por la Organización de las Naciones Unidas.
3. Agradecer al Director los completos informes anuales sobre la situación del SIDA en las Américas que ha venido presentando en conformidad con la resolución CD32.R12 adoptada por el Consejo Directivo en 1987, y pedirle que en el futuro informe a los Cuerpos Directivos sólo cuando surjan novedades importantes sobre la situación de la infección por el VIH/SIDA en la Región, incluidos los métodos de prevención y control.

(Quinta reunión, 26 de junio de 2002)

CE130.R7 Vacunas e Inmunización

LA 130.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo analizado el informe de progreso del Director sobre vacunas e inmunización (documento CE130/10),

RESUELVE:

Recomendar a la Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución redactada en los siguientes términos:

LA 26.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado el informe del Director sobre vacunas e inmunización (documento CSP26/8) y tomando nota del liderazgo de la Región en dicha área, así como la contribución decisiva de la inmunización al progreso de las iniciativas de supervivencia infantil;

Reconociendo los adelantos que se están logrando en las Américas con respecto a la interrupción de la transmisión autóctona del virus del sarampión, pero conscientes de que la Región está bajo amenaza constante de las importaciones, las cuales pueden ocasionar brotes extensos de sarampión si los niveles de cobertura de vacunación son insuficientes;

Tomando nota del compromiso notable de las autoridades sanitarias y de los gobiernos de la isla La Española para controlar con éxito el brote de poliomielitis causado por el virus de tipo 1 derivado de la vacuna de Sabin y el brote de sarampión notificado en 2001;

Reconociendo la necesidad de lograr una cobertura de vacunación uniforme en todos los municipios y de mejorar la calidad de los datos de vacunación y de vigilancia;

Considerando los adelantos importantes que están logrando los Estados Miembros en la aceleración del control de la rubéola y la prevención del síndrome de rubéola congénita, a fin de lograr una disminución más rápida de los casos de esta enfermedad y de lactantes nacidos con dicho síndrome;

Observando que, si bien la transmisión de fiebre amarilla en las zonas donde la enfermedad es enzoótica ha disminuido recientemente como resultado de la vacunación intensiva, hay indicios de circulación del virus en zonas donde no hay enzootia y de una distribución generalizada de *Aedes aegypti*, el vector urbano de la enfermedad, y

Consciente del uso potencial del virus de la viruela como un arma de bioterrorismo,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) asignen recursos suficientes para financiar todos los aspectos de los programas nacionales de vacunación, a fin de asegurar el logro sostenible de una cobertura vacunal de al menos 95% con todos los antígenos en todos los municipios, la realización de la meta de la interrupción de la transmisión autóctona del sarampión, el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis y la inclusión de nuevas vacunas e iniciativas importantes de salud pública;
 - b) lleven a cabo iniciativas de control acelerado de la rubéola y de prevención del síndrome de rubéola congénita y sigan mejorando la vigilancia epidemiológica de ambas, así como el diagnóstico de laboratorio y los procedimientos de investigación;
 - c) permanezcan atentos a la situación de la fiebre amarilla, usando sistemas de vigilancia sensibles, especialmente en zonas enzooticas y aquellas infestadas con *Aedes aegypti*, y a mantener altas coberturas de vacunación en zonas de alto riesgo para prevenir la ocurrencia de casos selváticos y la urbanización de la enfermedad;
 - d) fortalezcan a las autoridades nacionales regulatorias y los laboratorios nacionales de control para velar por que los programas nacionales de vacunación y el sector privado usen vacunas de buena calidad, ya sea importadas o de producción local y aprobadas por las autoridades competentes;
 - e) consideren que cualquier brote de viruela es una amenaza para la Región y el mundo, a que notifiquen con prontitud cualquier caso sospechoso que pueda ocurrir, y a que estén preparados para proporcionar la asistencia de urgencia necesaria, incluidas vacunas, con el fin de contener el brote con la mayor prontitud posible.
2. Solicitar al Director que:
 - a) abogue por la movilización activa de recursos nacionales e internacionales para alcanzar la meta de la interrupción de la transmisión autóctona del sarampión;

- b) aliente la colaboración entre los países americanos productores de vacunas, con el fin de apoyar el desarrollo conjunto de vacunas;
- c) explore, junto con el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y otros socios, mecanismos de financiación que complementen el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la OPS, con el fin de asegurar la provisión ininterrumpida de vacunas a los Estados Miembros.

(Séptima reunión, 27 de junio de 2002)

CE130.R8 Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)

LA 130.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo analizado el documento CE130/13, sobre la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI),

RESUELVE:

Recomendar a la Conferencia Sanitaria Panamericana la adopción de una resolución en los siguientes términos:

LA 26.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado el documento CSP26/11 y los resultados que se presentan en términos del avance logrado en la implementación de la estrategia "Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia" (AIEPI) en la Región de las Américas, y

Tomando en consideración el avance logrado en la iniciativa "Niños Sanos: la Meta de 2002", que ha contribuido a sostener y acelerar el ritmo de reducción de la mortalidad en la niñez, particularmente por las causas objeto de la estrategia AIEPI,

RESUELVE:

1. Aprobar el enfoque y la operacionalización contenidos en el documento CSP26/11 para la implementación de la estrategia AIEPI.
2. Destacar la importancia que tiene la expansión de la estrategia AIEPI, a través de la incorporación de nuevos componentes que permitan incrementar el poder de resolución del personal de salud del primer nivel.

3. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) continúen reforzando el apoyo a la estrategia AIEPI, su expansión y coordinación con otros programas y actores en salud a fin de sostener y acelerar el ritmo de descenso de la mortalidad en la niñez, y de avanzar hacia el acceso universal de la población al estándar básico de calidad de atención que brinda dicha estrategia;
 - b) aceleren la efectiva incorporación de la estrategia AIEPI en la docencia de pre y posgrado en disciplinas de la salud, y la utilización de la misma por parte de los graduados;
 - c) fortalezcan y promuevan mecanismos efectivos de recolección, consolidación y análisis de información que permitan el seguimiento y evaluación de las acciones de salud infantil y en la niñez;
 - d) fortalezcan el número y la diversidad de los recursos humanos de salud para tratar eficazmente a los niños enfermos y abordar las causas de las enfermedades.
4. Pedir al Director que continúe apoyando la implementación de la estrategia AIEPI, en términos de su expansión a otros países y de la cobertura en los países que ya la adoptaron.

(Séptima reunión, 27 de junio de 2002)

CE130.R9 Ampliación de la Protección Social en Materia de Salud: Iniciativa Conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo

LA 130.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Visto el documento CE130/14 sobre la ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo,

RESUELVE:

Recomendar la aprobación de una resolución redactada en los siguientes términos:

LA 26.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA:

Visto el documento CSP26/12 sobre la ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo;

Teniendo en cuenta que la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo han puesto en marcha una iniciativa conjunta destinada a la reducción de la exclusión en salud a través de la ampliación de la protección social en materia de salud;

Habiendo tomado nota de la firma del Memorando de entendimiento respectivo entre ambas organizaciones;

Habiendo tomado nota de las distintas actividades que se han desarrollado sobre la ampliación de la protección social en materia de salud en la Región amparadas en dichos arreglos;

Considerando que los niveles de exclusión en salud siguen siendo altos en el continente a pesar de los esfuerzos y recursos invertidos en el tema, que se agravan con el crecimiento de la economía informal y de los niveles de pobreza y que es necesario enfrentar este problema con criterios innovadores, y

Teniendo en cuenta la importancia de redoblar esfuerzos nacionales y continentales para garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud en el marco de la meta de Salud para Todos sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) amplíen la protección social en materia de salud;
 - b) fomenten procesos de diálogo social que permitan definir los objetivos y estrategias nacionales en este campo;
 - c) incluyan la ampliación de la protección social en materia de salud como un elemento guía en sus procesos de reforma sectoriales.
2. Solicitar a los Directores de la OSP y la OIT que:

- a) diseminen ampliamente en los países de la Región la documentación conceptual y metodológica relativa a la caracterización de la exclusión en salud y su combate a través de la ampliación de la protección social en materia de salud;
- b) promuevan junto con los Estados Miembros el diálogo social en torno a este tema, el análisis y debate sobre las formas de enfrentarlo en los países y los mecanismos de cooperación regional para apoyar estos procesos;
- c) apoyen a los países en el desarrollo de modelos destinados a la preparación de estrategias para la ampliación de la protección social en materia de salud;
- d) prosigan alentando una línea de trabajo sobre la ampliación de la protección social en materia de salud en sus acciones de cooperación en la Región.

(Séptima reunión, 27 de junio de 2002)

CE130.R10 Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Maternas

LA 130.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el documento CE130/16, "Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas",

RESUELVE:

Recomendar a la Conferencia Sanitaria Panamericana la adopción de una resolución redactada en los siguientes términos:

LA 26.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el documento CSP26/14, "Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas";

Consciente de la tasa innecesariamente elevada de mortalidad de las mujeres como resultado de las complicaciones del embarazo y el parto, y

Teniendo en cuenta que los resultados de la investigación y la experiencia práctica han demostrado que intervenciones concretas, como los Cuidados Obstétricos Esenciales (COE) y la asistencia del parto por personal calificado, pueden reducir la incidencia y la gravedad de las complicaciones importantes asociadas con el embarazo, el parto y el puerperio para las madres y los recién nacidos,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) hagan suya la meta de la Declaración de la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas consistente en disminuir la razón de mortalidad materna en 75% para el año 2015, por comparación con los niveles registrados en 1990, y que mejoren las razones dentro de los países, especialmente las disparidades entre las zonas urbanas y rurales;
 - b) respalden y apoyen las intervenciones basadas en pruebas científicas para reducir la mortalidad materna, como los Cuidados Obstétricos Esenciales y la asistencia del parto por personal calificado;
 - c) se adhieran a las normas expedidas conjuntamente en 1997 por la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, según las cuales por cada 500.000 habitantes deben haber cuatro establecimientos que ofrezcan atención obstétrica básica y uno que preste asistencia obstétrica integral;
 - d) respalden y apoyen intervenciones de promoción de la salud basadas en pruebas científicas para que las mujeres, las familias y las comunidades puedan hacer planes para afrontar las complicaciones obstétricas, identificar a tiempo los problemas y responder apropiadamente;
 - e) desarrollen asociaciones clave entre los gobiernos locales y nacionales, los servicios de salud, las asociaciones profesionales, las organizaciones de mujeres y otras organizaciones no gubernamentales, a fin de mejorar los esfuerzos para reducir la mortalidad materna, además de obtener la colaboración interinstitucional al promover y aplicar las estrategias de reducción de la mortalidad materna.
2. Pedir al Director que:
 - a) apoye el establecimiento y la ejecución de mecanismos para fortalecer los sistemas de información y vigilancia para seguir de cerca los adelantos logrados en la reducción de la mortalidad materna;
 - b) establezca mecanismos para ayudar a los Estados Miembros a que contraigan un compromiso a largo plazo, tanto político como programático, incluido el apoyo financiero dentro de los recursos disponibles, para aplicar intervenciones

actualizadas de maternidad sin riesgo y estrategias de reducción de la mortalidad materna.

(Séptima reunión, 27 de junio de 2002)

CE130.R11 Edificios de la OPS y sus Instalaciones

LA 130.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el documento CE130/25, en el que se informa sobre las medidas tomadas por la Secretaría con relación a un proyecto aprobado que se ha financiado por el Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles y se describe la necesidad de otro proyecto,

RESUELVE:

Aprobar el proyecto de reparación de las losas de hormigón en el garaje del edificio de la Sede por un monto estimado a US\$ 220.000.

(Séptima reunión, 27 de junio de 2002)

CE130.R12 Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

LA 130.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado las modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana presentadas por el Director en el anexo 1 al documento CE130/26;

Teniendo en cuenta las decisiones de la 55.ª Asamblea Mundial de la Salud respecto de la remuneración de los Directores Regionales, de los Asesores Superiores y de la Directora General;

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

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

RESUELVE:

1. Confirmar, en conformidad con el artículo 020 del Reglamento del Personal, las modificaciones al artículo 330.2 del Reglamento del Personal hechas por el Director, con efecto a partir del 1 de marzo de 2002, respecto de la escala de sueldos aplicable al personal de la categoría profesional y superior.
2. Establecer, con efecto a partir del 1 de marzo de 2002:
 - a) el sueldo anual neto del Director Adjunto en US\$ 108.379, con familiares a cargo, y en \$98.141, sin familiares a cargo;
 - b) el sueldo anual neto del Subdirector en \$107.379, con familiares a cargo, y en \$97.141, sin familiares a cargo.
3. Confirmar, en conformidad con el artículo 020 del Reglamento del Personal, las siguientes modificaciones del Reglamento del Personal hechas por el Director:
 - a) al artículo 110.7 del Reglamento del Personal, relativo a las normas de conducta, con efecto a partir del 1 de junio de 2001;
 - b) a los artículos 350.1 y 350.2.2 del Reglamento del Personal, relativos al derecho al subsidio de educación, con efecto para el presente curso escolar a partir del 1 de enero de 2001;
 - c) al artículo 530 del Reglamento del Personal, relativo al sistema de planificación y evaluación del desempeño, con efecto a partir del 1 de enero de 2002;
 - d) a los artículos del Reglamento del Personal relativos a la reforma de la contratación, con efecto a partir del 1 de julio de 2002.
4. Recomendar a la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana:
 - a) que tome nota de las modificaciones al Reglamento del Personal hechas por el Director y confirmadas por el Comité Ejecutivo en su 130.^a sesión, relativas, entre otras cosas, a las normas de conducta, el derecho al subsidio de educación, la gestión del rendimiento y la reforma de la contratación;
 - b) que establezca el sueldo anual neto del Director en \$118.165, con familiares a cargo, y en \$106.342, sin familiares a cargo, con efecto a partir del 1 de marzo de 2002;

- c) que apruebe la modificación del artículo 4.5 del Estatuto del Personal para tener en cuenta la aplicación de nuevos mecanismos de contratación, con efecto a partir del 1 de julio de 2002.

(Séptima reunión, 27 de junio de 2002)

CE130.R13 Respuesta de Salud Pública a las Enfermedades Crónicas

LA 130.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el informe del Director sobre la respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas (documento CE130/17),

RESUELVE:

Recomendar a la Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución redactada en los siguientes términos:

LA 26.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado el informe del Director sobre la respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas (documento CSP26/15);

Recordando la resolución CD42.R9 sobre las enfermedades cardiovasculares, con especial atención a la hipertensión arterial, que respalda un enfoque integrado a la prevención de las enfermedades cardiovasculares mediante la iniciativa de acciones para la reducción multifactorial de las enfermedades no transmisibles (CARMEN), y observando que CARMEN representa una vía para integrar factores de riesgo y enfermedades;

Observando que las enfermedades crónicas no transmisibles representan el 70% de las defunciones en la Región de las Américas, y que más de la mitad de la mortalidad prematura en menores de 70 años se atribuye a las enfermedades crónicas no transmisibles, y

Alarmada por el mayor costo que las enfermedades no transmisibles representan para la sociedad como consecuencia de los rápidos cambios demográficos y epidemiológicos,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) se esfuercen por documentar la carga que representan las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo;
 - b) respalden la iniciativa de CARMEN como una de las estrategias principales para la prevención integrada de las enfermedades crónicas;
 - c) incorporen modelos de asistencia para las afecciones crónicas, a fin de mejorar la calidad de la atención y aumentar la capacidad de la atención primaria para responder a las necesidades de la población.
2. Solicitar al Director que:
 - a) facilite cooperación técnica con los Estados Miembros para que estos elaboren un enfoque integrado de las enfermedades no transmisibles basado en la iniciativa CARMEN;
 - b) apoye a los Estados Miembros para que establezcan y mejoren la vigilancia de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo;
 - c) apoye y estimule la investigación operativa sobre la aplicación eficaz de programas para prevenir las enfermedades no transmisibles y reducir sus repercusiones;
 - d) procure la coordinación con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, instituciones nacionales y organizaciones no gubernamentales para apoyar la prevención y el control de las enfermedades crónicas.

(Séptima reunión, 27 de junio de 2002)

CE130.R14 *La Mujer, la Salud y el Desarrollo*

LA 130.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe del Director sobre la mujer, la salud y el desarrollo (documento CE130/18),

RESUELVE:

Recomendar a la Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución redactada en los siguientes términos:

LA 26.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe del Director sobre la mujer, la salud y el desarrollo (documento CSP26/16);

Teniendo en cuenta las carencias de que adolecen los sistemas de información y vigilancia actuales para documentar la situación sanitaria y las tendencias de la salud de la mujer y las inequidades por razón de género existentes en este ámbito;

Consciente de que, para formular políticas encaminadas a reducir las inequidades por razón de género, se necesita información, y

Teniendo presente las iniciativas en curso de otros organismos del sistema de las Naciones Unidas,

RESUELVE:

- 1 Instar a los Estados Miembros a que :
 - a) asignen una alta prioridad al establecimiento y financiamiento de sistemas de información sobre las diferencias de salud y desarrollo determinadas por el género, así como a la recopilación, elaboración y presentación de información sanitaria desglosada por sexo;
 - b) promuevan la participación de los usuarios y los productores, tanto del gobierno como de la sociedad civil, en las cuestiones de género y salud.
2. Solicitar al Director que:
 - a) estimule y apoye la producción, difusión y análisis de datos sanitarios desglosados por sexo;
 - b) apoye la producción periódica de boletines estadísticos y perfiles sanitarios acerca de género, salud y desarrollo;
 - c) estimule y respalde la cooperación técnica entre países para el desarrollo, análisis y uso de la información sobre género y salud;

- d) prosiga los esfuerzos por integrar la perspectiva de género en el trabajo de la Organización, particularmente en el proceso de planificación estratégica y su seguimiento.

(Séptima reunión, 27 de junio de 2002)

CE130.R15 Evaluación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS)

LA 130.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el documento CE130/19, Evaluación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS),

RESUELVE:

Recomendar a la Conferencia Sanitaria Panamericana la adopción de una resolución redactada en los siguientes términos:

LA 26.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el documento CSP26/17, Evaluación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS);

Enterada del informe interno de evaluación presentado en forma completa por el equipo de evaluación al Director (informe técnico OPS/DAP/02.5.44);

Teniendo presente la resolución CSP20.R31 de la 20.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, que solicita al Director que lleve a cabo la evaluación regular de cada centro panamericano;

Observando con satisfacción que este proceso ha entrado en una etapa nueva y ampliada a partir de la evaluación del CEPIS;

Consciente de las recomendaciones que el equipo interno de evaluación ha presentado al Director;

Recordando los debates sobre el tema de los centros panamericanos mantenidos en las sesiones recientes del Subcomité de Planificación y Programación y del Comité Ejecutivo, y

Observando la necesidad de fortalecer la evaluación de programas en toda la Oficina,

RESUELVE:

1. Felicitar al Director por haber llevado a cabo esta evaluación integral y por haber revitalizado el proceso de evaluación en general, y el de los centros panamericanos solicitado por la Conferencia en 1978.
2. Pedir al Director que:
 - a) ponga en práctica las recomendaciones pertinentes del equipo de evaluación para asegurar la evolución de un CEPIS fortalecido, capaz de atender mejor las necesidades actuales y futuras de los Estados Miembros en el campo de la salud y el ambiente;
 - b) realice la evaluación integral periódica de un centro panamericano al año;
 - c) fortalezca la capacidad de la Oficina en materia de evaluación de programas;
 - d) estimule el desarrollo de redes de cooperación entre el CEPIS, centros colaboradores, y otras instituciones relacionadas con salud y ambiente en los países;
 - e) presente una respuesta escrita de gestión a las recomendaciones de la evaluación del CEPIS y de otros centros cuando sean evaluados.

(Séptima reunión, 27 de junio de 2002)

CE130.R16 Informe del Jurado del Premio Ops en Administración, 2002

130.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2002 (documento CE130/6, Add. I), y

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

RESUELVE:

1. Tomar nota de la decisión del Jurado de que se adjudique el Premio OPS en Administración, 2002, al Dr. Hugo Mendoza, de la República Dominicana, por su productiva contribución al mejoramiento de la situación de la salud materno-infantil en su país, mediante la introducción del enfoque de salud pública en la docencia y atención pediátrica y por sus esfuerzos pioneros para el desarrollo de la investigación en salud.
2. Transmitir el informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2002 (documento CE130/6, Add. I), a la consideración de la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana.

(Séptima reunión, 27 de junio de 2002)

CE130.R17 Organizaciones No Gubernamentales en Relaciones Oficiales con la OPS

130.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Habiendo estudiado el informe del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales (documento CE130/7, Add. I), y

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

RESUELVE:

1. Autorizar el establecimiento de relaciones oficiales de la Organización Panamericana de la Salud con la Fundación Interamericana del Corazón (FIAC).
2. Renovar por un período de cuatro años las relaciones oficiales entre la OPS y la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica (COLABIOCLI) y la Alianza Nacional para la Salud de los Hispanos.
3. Continuar las relaciones oficiales entre la OPS y la Unión Latinoamericana contra las Enfermedades de Transmisión Sexual (ULACETS) y la Organización Internacional de Asociaciones de Consumidores (CI-ROLAC) por un período de un año, con la condición de que en la Reunión del Comité permanente de 2003 se analice nuevamente el estado de sus actividades y su desempeño, de conformidad con un plan de trabajo colaborativo acordado.

4. Solicitar al Director que:
 - a) informe a las ONG respectivas de las decisiones adoptadas por el Comité Ejecutivo;
 - b) siga desarrollando relaciones de trabajo dinámicas con las ONG interamericanas de interés para la Organización en las esferas afines a las prioridades programáticas que los Cuerpos Directivos han adoptado para la OPS;
 - c) siga fomentando las relaciones entre los Estados Miembros y las ONG que trabajen en el campo de la salud.

(Séptima reunión, 27 de junio de 2002)

CE130.R18 Orden del Día Provisional de la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54.^a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

LA 130.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el orden del día provisional (documento CSP26/1) preparado por el Director para la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, que se presenta como anexo del documento CE130/4, Rev. 2, y

Teniendo en cuenta las disposiciones del artículo 7.F de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud y el artículo 8 del Reglamento Interno de la Conferencia,

RESUELVE:

Aprobar el orden del día provisional (documento CSP26/1) preparado por el Director para la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

(Octava reunión, 27 de junio de 2002)

CE130.R19 La Salud y el Envejecimiento

LA 130.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el documento CE130/15, La salud y el envejecimiento,

RESUELVE:

Recomendar a la Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución redactada en los siguientes términos:

LA 26.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta la importancia del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, aprobado en Madrid, para abordar los problemas de salud de la población mayor de las Américas;

Reconociendo el cambio de paradigma hacia el envejecimiento sano y en actividad y los esfuerzos que se han hecho para reducir los estereotipos negativos y los malentendidos acerca del envejecimiento desde la 25.ª Conferencia Sanitaria Panamericana y la adopción, por parte de esta, de la resolución CSP25.R6;

Entendiendo las implicaciones inmensas del envejecimiento de la población para muchas de las prioridades de salud de las Américas, y

Considerando la necesidad de promover, en colaboración con otros asociados, un sistema integral de apoyo para el envejecimiento sano y activo,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) aprovechen el impulso creado por la segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, adopten políticas y planes nacionales para la ejecución del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y presten apoyo adecuado para la ejecución de las áreas prioritarias;
 - b) aboguen por la promoción y protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas adultas mayores;
 - c) adopten las prioridades de promoción de la salud apropiadas para las personas adultas mayores y fijen metas con enfoque de género y estrategias de vigilancia

- en las áreas de salud nutricional, actividad física, lesiones no intencionales, incluida la prevención de las caídas, y la salud mental;
- d) se comprometan a incrementar el acceso a la atención de salud de manera apropiada, así como el acceso a los medicamentos esenciales, a los adultos mayores, especialmente los que carecen de recursos;
 - e) promuevan iniciativas para el desarrollo de opciones de atención comunitaria a largo plazo (incluida las viviendas con apoyo y las residencias asistidas) y reglamenten la prestación de la asistencia a las poblaciones vulnerables;
 - f) estimulen la investigación para la vigilancia y evaluación de la eficacia de los programas;
 - g) elaboren un plan para el adiestramiento de los trabajadores de atención primaria y otros profesionales de la salud en los fundamentos de la promoción de la salud dirigida a las personas adultas mayores y la medicina geriátrica.
2. Solicitar al Director que:
- a) apoye la aplicación regional del Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento, en coordinación con otros socios colaboradores;
 - b) ayude a los Estados Miembros a fijar metas e indicadores de envejecimiento sano;
 - c) aliente a los Estados Miembros a elaborar estrategias comunitarias coordinadas para apoyar el envejecimiento activo y para difundir la información sobre estas experiencias;
 - d) ayude a los Estados Miembros a trabajar en favor del desarrollo de entornos propicios y favorables para los adultos mayores, incluyendo establecimientos reglamentados de atención a largo plazo.

(Octava reunión, 27 de junio de 2002)

CE130.R20 *Reunión de los Ministros de Salud y el Medio Ambiente de las Américas (MSMAA)*

LA 130.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo analizado el documento CE130/20, Reunión de los Ministros de Salud y el Medio Ambiente de las Américas (MSMAA),

RESUELVE:

Recomendar a la Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución redactada en los siguientes términos:

LA 26.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Recordando la resolución CD43.R15, por la cual se instruyó a la Oficina Sanitaria Panamericana para que colaborara con el Gobierno de Canadá y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) a objeto de convocar la Reunión de los Ministros de Salud y el Medio Ambiente de las Américas (MSMAA);

Habiendo considerado el informe de la MSMAA, que tuvo lugar en Ottawa el 4 y 5 de marzo de 2002, y

Reconociendo el vínculo entre la salud y el ambiente; notando el impacto en la salud de factores ambientales como el agua y el saneamiento, la contaminación del aire en interiores y exteriores, y la exposición a sustancias químicas agroindustriales y residuos; y particularmente conscientes de la relación entre condiciones ambientales y enfermedades como la diarrea y las infecciones respiratorias,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) trabajen en conformidad con las líneas señaladas en el Comunicado Ministerial en las tres áreas definidas: establecimiento de direcciones futuras para la salud y el ambiente en las Américas; los temas de preocupación común y las metas compartidas; y la formación de capacidad e intercambio para responder a las amenazas;
 - b) desarrollen alianzas estratégicas a los niveles nacional y local entre los sectores ambiental y de la salud, involucrando a los actores pertinentes del sector público, el sector privado y la sociedad civil;

- c) participen y respalden el trabajo del Grupo de Tarea definido en el Comunicado Ministerial, que actualmente está convocando el Gobierno de Canadá con la colaboración de la OPS y el PNUMA.
2. Solicitar al Director que:
 - a) colabore con el Gobierno de Canadá y el PNUMA en el Grupo de Tarea que hará propuestas para el seguimiento de las conclusiones de la MSMAA como se indica en el Comunicado Ministerial;
 - b) integre las propuestas del Grupo de Tarea y el trabajo que se está realizando en 2002-2003 en la cooperación técnica en curso de la OPS, haciendo hincapié en la colaboración con los países en materia de fortalecimiento de capacidades y el trabajo en higiene, agua y saneamiento, contaminación del aire y seguridad química.
 3. Reconocer y elogiar la función de liderazgo del Gobierno de Canadá al promover la colaboración activa entre los sectores ambiental y de la salud en la construcción del desarrollo humano sostenible.

(Octava reunión, 27 de junio de 2002)

Decisiones

CE130(D1) Adopción del orden del día

De conformidad con el Artículo 9 del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo, el Comité adoptó el orden del día presentado por el Director (documento CE130/1, Rev. 1).

(Primera reunión, 24 de junio de 2002)

CE130(D2) Representación del Comité Ejecutivo en la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

De conformidad con el Artículo 54 de su Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo decidió designar al titular de la Presidencia (Guyana) y de la Vicepresidencia (Uruguay) para representarlo en la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Como suplentes de los representantes, el Comité designó a los delegados de Canadá y Bolivia, respectivamente.

(Primera reunión, 24 de junio de 2002)

CE130(D3) Informe del Subcomité de Planificación y Programación

El Comité Ejecutivo tomó nota del informe sobre la 36.^a sesión del Subcomité de Planificación y Programación (documento CE130/5), dio las gracias al presidente por su informe y expresó su gratitud al Subcomité por su trabajo.

(Primera reunión, 24 de junio de 2002)

CE130(D4) Evaluación de las orientaciones estratégicas y programáticas, 1999-2002

El Comité Ejecutivo tomó nota del informe sobre la evaluación de las orientaciones estratégicas y programáticas, 1999-2002 (documentos CE130/11 y CE130/INF/1), y alentó a la Oficina a que aplicara las enseñanzas extraídas de ese ejercicio al poner en práctica y evaluar el plan estratégico para el período 2003-2007.

(Primera reunión, 24 de junio de 2002)

CE130(D5) Fondo de trabajo

El Comité Ejecutivo decidió aplazar cualquier acción con respecto al nivel del fondo de trabajo y abordar el asunto nuevamente en su 132.^a sesión, en junio de 2003.

(Segunda reunión, 24 de junio de 2002)

CE130(D6) Centenario de la Organización Panamericana de la Salud

El Comité Ejecutivo tomó nota del informe preparado por la Oficina sobre la celebración del centenario de la Organización (documento CE130/21) y expresó su satisfacción con las actividades planificadas y en curso.

(Sexta reunión, 26 de junio de 2002)

CE130(D7) Intervención de la representante de la Asociación de Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

El Comité Ejecutivo tomó nota de la intervención de la representante de la Asociación de Personal (documento CE130/27) y expresó su apoyo al personal de la

Oficina y su satisfacción por las cordiales relaciones de trabajo existentes entre el personal y la administración.

(Séptima reunión, 27 de junio de 2002)

CE130(D8) Resoluciones y otras acciones de la 55.^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS

El Comité Ejecutivo tomó nota del informe sobre las resoluciones y otras acciones de la 55.^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS (documento CE130/28).

(Séptima reunión, 27 de junio de 2002)

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

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

Leslie Ramsammy
Delegado de Guyana
Presidencia de la 130.^a sesión
del Comité Ejecutivo

George A. O. Alleyne
Secretario ex officio de la 130.^a sesión
del Comité Ejecutivo
Director de la Oficina Sanitaria
Panamericana

ORDEN DEL DÍA

- 1. APERTURA DE LA SESIÓN**

- 2. ASUNTOS RELATIVOS AL REGLAMENTO**
 - 2.1 Adopción del orden del día y del programa de reuniones
 - 2.2 Representación del Comité Ejecutivo en la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
 - 2.3 Orden del día provisional de la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

- 3. ASUNTOS RELATIVOS A LOS COMITÉS**
 - 3.1 Informe sobre la 36.a sesión del Subcomité de Planificación y Programación
 - 3.2 Premio OPS en Administración, 2002
 - 3.3 Organizaciones no gubernamentales en relaciones oficiales con la OPS

- 4. ASUNTOS RELATIVOS A LA POLÍTICA DE LOS PROGRAMAS**
 - 4.1 Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el ejercicio financiero 2004-2005
 - 4.2 Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas
 - 4.3 Vacunas e inmunización
 - 4.4 Evaluación de las orientaciones estratégicas y programáticas para 1999-2002
 - 4.5 Plan estratégico para la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007
 - 4.6 Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia(AIEPI)

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

- 4.7 Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo
- 4.8 La salud y el envejecimiento
- 4.9 Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas
- 4.10 Respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas
- 4.11 La mujer, la salud y el desarrollo
- 4.12 Evaluación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS)
- 4.13 Informe de la Reunión de los Ministros de Salud y el Medio Ambiente de las Américas (MSMAA)
- 4.14 Centenario de la Organización Panamericana de la Salud

5. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS

- 5.1 Informe sobre la recaudación de las cuotas
- 5.2 Reglamento financiero de la OPS
- 5.3 Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo correspondientes a 2000-2001
 - a) Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo correspondientes a 2000-2001
 - b) Fondo de trabajo
- 5.4 Edificios de la OPS y sus instalaciones

6. ASUNTOS RELATIVOS AL PERSONAL

6.1 Modificaciones del Reglamento del Personal de la OSP

6.2 Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OSP

7. ASUNTOS RELATIVOS AL PERSONAL

7.1 Resoluciones y otras acciones de la 55.a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS

8. OTROS ASUNTOS

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos Oficiales

Doc. Of. 305 Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo correspondientes a 2000-2001

Documentos de trabajo

CE130/1, Rev. 2 y
CE130/WP/1, Rev. 1 Adopción del orden del día y del programa de reuniones

CE130/3 Representación del Comité Ejecutivo en la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

CE130/4, Rev. 1 Orden del día provisional de la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

CE130/5 Informe sobre la 36.^a sesión del Subcomité de Planificación y Programación

CE130/6 Premio OPS en Administración, 2002

CE130/7 Organizaciones no gubernamentales en relaciones oficiales con la OPS

CE130/8 Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el ejercicio financiero 2004-2005

CE130/9
y Add. I Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas

CE130/10 Vacunas e inmunización

CE130/11
y CE130/INF/1 Evaluación de las orientaciones estratégicas y programáticas para 1999-2002

Documentos de trabajo (cont.)

CE130/12	Plan estratégico para la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007
CE130/13	Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI)
CE130/14	Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo
CE130/15	La salud y el envejecimiento
CE130/16	Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas
CE130/17	Respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas
CE130/18	La mujer, la salud y el desarrollo
CE130/19	Evaluación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS)
CE130/20	Informe de la Reunión de los Ministros de Salud y el Medio Ambiente de las Américas (MSMAA)
CE130/21	Centenario de la Organización Panamericana de la Salud
CE130/22 y Add. I	Informe sobre la recaudación de las cuotas
CE130/23, Rev. 1	Reglamento financiero de la OPS
CE130/24	Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo correspondientes a 2000-2001
CE130/25, Rev. 1	Edificios de la OPS y sus instalaciones
CE130/26	Modificaciones del Reglamento del Personal de la OSP

Documentos de trabajo (cont.)

- | | |
|----------|---|
| CE130/27 | Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OSP |
| CE130/28 | Resoluciones y otras acciones de la 55. ^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS |

Documentos de información

- | | |
|-------------|--|
| CE130/INF/1 | Evaluación de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas |
| CE130/INF/2 | Evaluación final del Presupuesto por Programas 2000-2001 |
| CE130/INF/3 | Estadísticas del personal de la OSP/OMS |

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members of the Subcommittee
Miembros del Subcomité**

***Canada
Canadá***

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

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

Chile

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

Cuba

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

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

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

El Salvador

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

Guyana

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

Honduras

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

United States of America
Estados Unidos de América

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

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

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

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

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

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

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

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

Uruguay

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

**Other Member States
Otros Estados Miembros**

***Brazil
Brasil***

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

Costa Rica

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

***Ecuador
Ecuador***

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

Jamaica

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

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

Mexico

México

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

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

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

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

United nations Specialized Agencies
Agencias Especializadas de las Naciones Unidas

International Labour Organization
Organización Internacional de Trabajo

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

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

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

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

Dr. George A. O. Alleyne
Director

***Advisers to the Director
Asesores del Director***

Dr. David Brandling-Bennett
Deputy Director
Director Adjunto

Dr. Mirta Roses Periago
Assistant Director
Subdirectora

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dr. Richard P. Marks

Legal Counsel
Asesora Jurídica

Dr. Heidi V. Jiménez

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

Ms. Rosa Irene Otero