



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



146.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 21 al 25 de junio del 2010

CE146/FR (Esp.)
25 de julio del 2010
ORIGINAL: INGLÉS

INFORME FINAL

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Apertura de la sesión	6
Asuntos relativos al Reglamento	
Mesa Directiva	7
Adopción del orden del día y del programa de reuniones	7
Representación del Comité Ejecutivo en el 50.º Consejo Directivo de la OPS, 62.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas	7
Orden del día provisional del 50.º Consejo Directivo de la OPS, 62.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas	8
Asuntos relativos al Comité	
Informe de la cuarta sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración.....	9
Premio OPS en Administración 2010	9
Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS.....	10
Informe anual de la Oficina de Ética 2009-2010	11
Nombramiento de tres miembros del Comité de Auditoría de la OPS	13
Asuntos relativos a la política de los programas	
Evaluación de fin de bienio sobre el Programa y Presupuesto 2008-2009/ Informe interino sobre los progresos realizados con respecto al Plan Estratégico 2008-2012 (versión preliminar)	14
Modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana	18
Evaluación de la Política del Presupuesto Regional por Programas.....	23
Instituciones nacionales asociadas con la OPS para la cooperación técnica	26
Estrategia para la reducción del abuso de sustancias psicoactivas	28
Estrategia y Plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas	30
Estrategia y Plan de acción para la eliminación de transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita	32
Desarrollo de competencias del personal de salud en los sistemas de salud basados en la atención primaria	34
Salud, seguridad humana y bienestar.....	37
Estrategia y Plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica	38
Fortalecimiento de los programas de inmunización	41
Plan de acción de hospitales seguros	43

CONTENIDO (cont.)

	<i>Página</i>
La salud y los derechos humanos.....	44
Situación de los Centros Panamericanos	47
Asuntos administrativos y financieros	
Informe sobre la recaudación de las cuotas	48
Informe financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondiente al 2008-2009.....	49
Proceso para el nombramiento del Auditor Externo de la OPS para los bienios 2012-2013 y 2014-2015.....	54
Plan Maestro de Inversiones de Capital.....	54
Situación de los proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial de la OPS	56
Examen del cargo establecido para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros	58
Asuntos relativos al personal	
Modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana	61
Reforma del sistema de contratación en la OPS	62
Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS	64
Asuntos de información general	
Informe de la OMS sobre el presupuesto por programas 2008-2009: evaluación de la ejecución (Informe resumido).....	65
Marco para la gerencia basada en resultados en la OPS	67
Sistema de la OPS de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos.....	69
Preparativos para la mesa redonda sobre urbanismo y vida saludable	71
30.º aniversario de la erradicación de la viruela y de la creación del Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas	71
Informe sobre los progresos realizados en materia de asuntos técnicos	72
A. Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)	72
B. Actualización sobre la gripe pandémica (H1N1) 2009	73
C. Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud ...	75
D. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud y perfiles de país	75
E. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: oportunidades y retos para su implementación en la Región de las Américas.....	77
F. Ejecución de la Estrategia Regional y el Plan de Acción para un Enfoque Integrado sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas, incluido el Régimen Alimentario, la Actividad Física y la Salud.....	78

CONTENIDO (*cont.*)*Página*

G. Eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita	80
Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS: 63. ^a Asamblea Mundial de la Salud	81

Asuntos de información general (*cont.*)

Informes de avance sobre asuntos administrativos y financieros: Estado de la implementación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS)	82
Otros asuntos	83
Clausura de la sesión	83
Resoluciones y decisiones	83

Resoluciones

CE146.R1	Recaudación de las cuotas	84
CE146.R2	Fondo Maestro de Inversiones de Capital.....	85
CE146.R3	Cargo establecido para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros	86
CE146.R4	Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS.....	87
CE146.R5	Nombramiento de tres miembros del Comité de Auditoría de la OPS.....	88
CE146.R6	Plan de acción de hospitales seguros	89
CE146.R7	Fortalecimiento de los programas de inmunización	91
CE146.R8	Desarrollo de competencias del personal de salud en los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud.....	93
CE146.R9	Centros Panamericanos	95
CE146.R10	Orden del día provisional del 50. ^o Consejo Directivo de la OPS, 62. ^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas	98
CE146.R11	Premio OPS en Administración 2010	98
CE146.R12	Estrategia y Plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica	103
CE146.R13	Modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana	106

CONTENIDO (*cont.*)

Página

Resoluciones (*cont.*)

CE146.R14	Estrategia y Plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas	115
CE146.R15	Estrategia y Plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita.....	117
CE146.R16	La salud y los derechos humanos.....	121
CE146.R17	Instituciones nacionales asociadas con la OPS para la cooperación técnica.....	124
CE146.R18	Salud, seguridad humana y bienestar.....	126

Decisiones

CE146(D1)	Adopción del orden del día	128
CE146(D2)	Representación del Comité Ejecutivo en el 50.º Consejo Directivo de la OPS, 62.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.....	128

Anexos

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

INFORME FINAL

Apertura de la sesión

1. La 146.^a sesión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se celebró en la sede de la Organización, en Washington, D.C., del 21 al 25 de junio del 2010.
2. La sesión contó con la presencia de los delegados de los siguientes nueve miembros del Comité Ejecutivo elegidos por el Consejo Directivo: Argentina, Bolivia, Colombia, Guatemala, Haití, México, San Vicente y las Granadinas, Suriname y Venezuela. También asistieron, en calidad de observadores, delegados de los siguientes Estados Miembros, Estados Participantes y Estados Observadores: Brasil, Canadá, Costa Rica, España, Estados Unidos de América y Países Bajos. Además, estuvieron representadas dos organizaciones intergubernamentales, un organismo de las Naciones Unidas y dos organizaciones no gubernamentales.
3. El doctor Fernando Meneses González (México, Presidente del Comité Ejecutivo), inauguró formalmente la sesión. El doctor José Ángel Córdova Villalobos, Secretario de Salud de México, dio la bienvenida a los miembros, a los observadores y a los funcionarios de la OPS y observó que varios sucesos desafortunados recientes habían tenido grandes repercusiones en la salud y la vida de numerosas personas en la Región: los terremotos de Haití y Chile y, más recientemente, las inundaciones de Guatemala. En todos los casos, la OPS y los países de la Región habían actuado en solidaridad con las poblaciones afectadas, esforzándose para mitigar el impacto de los desastres y reducir los riesgos conexos para la salud. Esos sucesos habían puesto de relieve la necesidad de seguir trabajando para fortalecer la capacidad de respuesta a nivel tanto nacional como regional. Estaba seguro de que el trabajo que emprendería el Comité durante su 146.^a sesión ayudaría en ese sentido. Afirmó que su gobierno estaba dispuesto a seguir cooperando con la OPS y con otros Estados Miembros en relación con diversos problemas de salud, en particular por medio del Sistema Mesoamericano de Salud Pública, iniciativa público-privada en la cual la OPS desempeñaba un papel importante.
4. El Comité tenía ante sí un orden del día muy cargado de temas técnicos y administrativos, y sus miembros tenían un papel clave que desempeñar para brindar orientación sobre el rumbo que la Organización debía tomar para hacer frente a los problemas de salud en la Región. Estaba seguro de que las deliberaciones del Comité ofrecerían una oportunidad valiosa para intercambiar opiniones y experiencias y fortalecer a la Organización en su totalidad.
5. La doctora Mirta Roses (Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana) también dio la bienvenida a los participantes y expresó satisfacción por la presencia de numerosos

ministros de salud, lo cual indicaba su compromiso con la Organización. Recibió con beneplácito la orientación que proporcionarían sobre los diversos temas del orden del día del Comité y aguardaba con interés una semana muy fructífera de deliberaciones.

Asuntos relativos al Reglamento

Mesa Directiva

6. Los siguientes Miembros que habían sido elegidos para constituir la Mesa Directiva en la 145.^a sesión del Comité continuaron desempeñando sus cargos respectivos en la 146.^a sesión:

<i>Presidencia:</i>	México	(Fernando Meneses González)
<i>Vicepresidencia:</i>	Haití	(Alex Larsen)
<i>Relatoría:</i>	Suriname	(Celsius Waterberg)

7. La Directora se desempeñó en calidad de Secretaria ex officio y el doctor Jon Kim Andrus (Director Adjunto de la OSP) actuó como Secretario Técnico.

Adopción del orden del día y del programa de reuniones (documentos CE146/1, Rev. 2 y Rev. 3, y CE146/WP/1, Rev. 1)

8. El Secretario Técnico presentó el orden del día provisional contenido en el documento CE146/1, Rev. 2, y propuso que el punto 7.6.8 (Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud en la Región de las Américas) se suprimiera del orden del día y que se aplazara su consideración hasta el 2011, en cuya oportunidad estarían disponibles los resultados de las deliberaciones sobre el tema que tendrían lugar durante el 65.^o período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

9. El Comité adoptó el orden del día provisional, en su forma enmendada (documento CE146/1, Rev. 3), y también adoptó un programa de reuniones (CE146/WP/1, Rev. 1) (decisión CE146 [D1]).

Representación del Comité Ejecutivo en el 50.^o Consejo Directivo de la OPS, 62.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE146/2)

10. De conformidad con el artículo 54 del Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo nombró a los delegados de México y Suriname para representar al Comité en el 50.^o Consejo Directivo, 62.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (decisión CE146 [D2]).

Orden del día provisional del 50.º Consejo Directivo de la OPS, 62.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE146/3, Rev. 1 y Rev. 2)

11. La señora Piedad Huerta (Asesora de la Oficina de Cuerpos Directivos de la OSP) presentó el orden del día provisional del 50.º Consejo Directivo, 62.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, contenido en el anexo A del documento CE146/3, Rev. 2. Señaló que el tema 2.3, Establecimiento de un grupo de trabajo para estudiar la aplicación del artículo 6.B de la Constitución de la OPS, podía suprimirse ya que ningún Estado Miembro estaba actualmente sujeto a las disposiciones del artículo 6. Observó que los asuntos relativos a la política de los programas eran casi idénticos a los que se habían examinado durante la presente sesión del Comité Ejecutivo, con el agregado de la mesa redonda sobre urbanismo y vida saludable. Los asuntos de información general también eran prácticamente los mismos.

12. En las deliberaciones subsiguientes, un delegado comentó que el orden del día era muy denso pero dijo que confiaba en la capacidad de la Oficina para encararlo. Al mismo tiempo, preguntó si había alguna estipulación constitucional o de otro tipo de que el Consejo Directivo tuviera que reunirse durante una semana completa. Observando que la Asamblea Mundial de la Salud estaba tratando de reducir la duración de sus sesiones, sugirió que la Oficina considerara en algún momento si era necesario que los Estados Miembros se reunieran en el Consejo Directivo durante una semana entera. Sin embargo, era consciente de que, si el Consejo Directivo se acortaba, habría que administrar el tiempo con sumo cuidado.

13. La señora Huerta dijo que su oficina en verdad trabajaría para que la sesión avanzara de manera eficiente y se dispusiera de suficiente tiempo para tratar cada punto.

14. La Directora señaló que, antes, las sesiones del Consejo Directivo duraban tres semanas y se acortaron primero a dos semanas y después a cuatro días y medio. De manera análoga, la Asamblea Mundial de la Salud se reunía al principio durante dos meses. Ahora era mucho más corta, pero también se complementaba con numerosas reuniones intergubernamentales, que costaban millones de dólares, para tratar de alcanzar el consenso sobre puntos que eran demasiado complicados para tratarlos en una semana.

15. La Oficina había logrado aligerar la carga de las diversas sesiones de los Cuerpos Directivos utilizando la tecnología para realizar sesiones virtuales y transfiriendo los temas presupuestarios y administrativos en gran parte al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración, con lo cual el Comité Ejecutivo tenía más tiempo para considerar los asuntos de política sanitaria. Tratar de abarcar todos los puntos del orden del día con demasiada rapidez implicaba el peligro de que no se escucharan todos los puntos de vista y de que los resultados no representaran un verdadero consenso.

16. Además de la consideración de los puntos del orden del día, la semana del Consejo Directivo incluiría varias actividades paralelas, como la celebración del 30.º aniversario de la erradicación de la viruela y el establecimiento del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas y una recepción vespertina, organizada junto con la Fundación Panamericana de la Salud y Educación, que no solo serviría de marco para la entrega de diversos premios sino que también ofrecería la oportunidad de interactuar con muchos de los socios y colaboradores de la Organización, así como con organismos pertinentes del país anfitrión. Por lo tanto, sería una semana muy ocupada.

17. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE146.R10, mediante la cual adoptó el orden del día provisional del 50.º Consejo Directivo, 62.ª sesión del Comité Regional de OMS para las Américas.

Asuntos relativos al Comité

Informe de la cuarta sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración (documento CE146/4)

18. El doctor Douglas Slater (San Vicente y las Granadinas, Presidente del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración había celebrado su cuarta sesión el 17 y 18 de marzo del 2010. La sesión había contado con la presencia de los representantes de los siguientes miembros del Subcomité elegidos por el Comité Ejecutivo o designados por la Directora: Barbados, Bolivia, Cuba, Estados Unidos de América, Guatemala, México y San Vicente y las Granadinas. También habían asistido representantes de Brasil, Canadá, Honduras y Suriname en calidad de observadores. Se había elegido a San Vicente y las Granadinas para ocupar la presidencia del Subcomité, a Bolivia para la vicepresidencia y a México para la relatoría.

19. En el Subcomité se había producido un intercambio muy productivo de ideas sobre importantes temas financieros, administrativos y de otro tipo; debido a que estos temas figuraban también en el orden del día de la 146.ª sesión del Comité Ejecutivo, informaría sobre las deliberaciones y las recomendaciones del Subcomité al respecto a medida que el Comité las abordara.

20. El Comité Ejecutivo agradeció al Subcomité su trabajo y tomó nota del informe.

Premio OPS en Administración 2010 (documentos CE146/5 y CE146/5, Add. I)

21. El doctor Celsius Waterberg (Suriname) informó que el Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración 2010, integrado por Colombia, Guatemala y Suriname, se había reunido el 23 de junio. Después de examinar la información sobre los candidatos al premio propuestos por los Estados Miembros, el

Jurado había decidido adjudicar el Premio OPS en Administración 2010 a la doctora Elsa Yolanda Palou por las repercusiones nacionales y subregionales de sus actividades administrativas, médicas, docentes y de investigación acerca de la calidad de la atención de los pacientes con enfermedades transmisibles, especialmente las personas infectadas por el VIH o aquejadas de sida.

22. El Comité Ejecutivo felicitó a la doctora Palou y aprobó la resolución CE146/R.11, mediante la cual tomó nota de la decisión del Jurado, modificó el párrafo 11 de los procedimientos para la adjudicación del Premio y remitió su informe al 50.º Consejo Directivo.

Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS (documento CE146/6)

23. El doctor Douglas Slater (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que, en conformidad con el procedimiento descrito en los Principios que rigen las relaciones entre la Organización Panamericana de la Salud y las Organizaciones no Gubernamentales, el Subcomité había celebrado una reunión a puerta cerrada durante su cuarta sesión para analizar la situación de dos organizaciones no gubernamentales (ONG) que mantenían relaciones oficiales con la OPS y considerar la solicitud de una ONG de establecer relaciones oficiales con la OPS. Después de la reunión a puerta cerrada, el Subcomité había decidido recomendar que el Comité Ejecutivo aprobara la continuación de las relaciones oficiales de la OPS con la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica y la Alianza Nacional para la Salud de los Hispanos y el establecimiento de relaciones oficiales con el Centro para el Transporte Sustentable del Instituto de Recursos Mundiales.

24. La doctora Ana Leticia Cáceres de Maselli (Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica) recordó que su organización había tenido una relación de trabajo excelente con la OPS durante 20 años, mediante la cual había ayudado a producir numerosas mejoras en la reglamentación y la calidad del trabajo de los laboratorios.

25. La Directora dijo que los nexos de la OPS con las organizaciones no gubernamentales eran de gran utilidad para el trabajo de la Organización, ya que las ONG servían de centros de excelencia en sus diversas esferas. Las relaciones de la OPS con las organizaciones no gubernamentales se guiaban por planes de trabajo, preparados por las ONG, que contribuían a las actividades de la Organización y al logro de sus objetivos. Las ONG también proporcionaban ayuda en situaciones imprevistas, como los terremotos recientes de Haití y Chile.

26. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE146.R4, mediante la cual confirmó las recomendaciones del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración.

Informe anual de la Oficina de Ética 2009-2010 (documento CE146/7)

27. El señor Philip MacMillan (Gerente de la Oficina de Ética de la OSP) presentó el documento CE146/7) y explicó que la Oficina de Ética tenía cuatro funciones principales: proporcionar asesoramiento y orientación al personal para fomentar un comportamiento ético; impartir capacitación y educación sobre cuestiones de ética y el Código de Principios Éticos y Conducta de la OPS; investigar denuncias de faltas de conducta y de ética; y elaborar nuevas políticas e iniciativas en materia de ética y cumplimiento de la normativa. Presentó un panorama sucinto del trabajo en esas áreas, resumiendo la información que consta de forma detallada en el documento, y también proporcionó brevemente información actualizada sobre la acción futura prevista para promover una cultura de ética en la Organización.

28. En el área del asesoramiento y la orientación, se instó al personal a que hiciera preguntas para evitar situaciones que pudieran dar lugar a un conflicto de intereses o suscitar problemas para la Organización o para ellos mismos. La Oficina de Ética había respondido a 66 consultas de ese tipo en 2009-2010, cifra que representaba un ligero aumento en comparación con el período anterior. Cerca de una tercera parte de las consultas se referían a actividades externas, incluida la participación en juntas directivas o comités. Otras estaban relacionadas con conflictos de intereses, el recibo de obsequios o premios y el empleo de familiares.

29. La piedra angular del programa de capacitación seguía siendo el curso en línea basado en casos, que era obligatorio para el personal que ya trabajara en la Organización o que se incorporara a ella. Para complementar esa actividad básica, la Oficina de Ética tenía la intención de comprar programas de capacitación disponibles en el mercado y se estaban evaluando cotizaciones presentadas por proveedores.

30. En lo que se refiere a las investigaciones, la función de la Oficina de Ética se limitaba a la constatación de los hechos; no hacía recomendaciones con respecto a medidas después de concluida una investigación, decisiones que correspondían al Área de Gestión de Recursos Humanos. Tal separación de funciones garantizaba que la misma oficina no se encargara a la vez de la constatación de los hechos y de la adopción de decisiones.

31. Durante el período abarcado por el informe (2009-2010), la Oficina de Ética había recibido 17 denuncias de actos que planteaban preocupaciones de índole ética, en comparación con 27 y 30 en los dos períodos anteriores, respectivamente. De esos 17 casos, se habían tomado medidas disciplinarias en dos, se había aconsejado a los empleados en tres, no se había encontrado ninguna falta de ética en tres y todavía no se había emitido un fallo en dos. Los demás casos seguían pendientes. Aunque la Oficina de Ética no recomendaba ninguna medida específica contra las personas que eran objeto de

una investigación, hacía sugerencias generales para mejorar las prácticas institucionales, fortalecer los controles internos y mitigar los riesgos.

32. Las actividades futuras encaminadas a promover una cultura de ética en la Organización incluirían la actualización del Código de Principios Éticos y Conducta, una encuesta para evaluar el clima de la Organización en cuanto a la ética y actividades de capacitación adicionales. Además, la Oficina de Ética había previsto cambiar el período abarcado en su informe, que era de mayo a abril, al año civil. Esta última innovación facilitaría la presentación de informes y la comparación con otras organizaciones internacionales y permitiría a la Oficina presentar informes más detallados al Comité Ejecutivo en junio, con un análisis más profundo de las cuestiones de ética surgidas en el curso del año y de sus posibles repercusiones para el trabajo de la Organización.

33. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el informe y su presentación. Aplaudió el trabajo realizado durante el año, las nuevas medidas introducidas y las previstas para el futuro. Se sugirió que, en los informes futuros, se hiciera una mejor distinción entre los tipos de medidas tomadas para responder a las faltas de ética y se clasificaran, ya que podrían ser de índole muy diferente. Un delegado, al observar que el número de denuncias de posibles faltas había bajado de 30 a 17 en los dos últimos años, preguntó si la disminución se debía a una mejora del clima ético o a que el personal había perdido el incentivo para denunciar tales casos. Otra delegada preguntó si había una política que ofreciera un recurso a cualquiera que hubiera sufrido represalias tras denunciar actos indebidos o cooperar en una investigación. Sugirió que en el sitio web de la Oficina de Ética se informara sobre la política contra las represalias a fin de que el personal pudiera consultarla con facilidad.

34. El señor MacMillan reconoció que la Oficina de Ética había visto una disminución en el número de denuncias en el último año. En su opinión, esa tendencia reflejaba la necesidad de lanzar una nueva campaña de sensibilización en la Organización. Recordó que la última campaña se había hecho en el 2007 y que en los años siguientes se había recibido un número considerable de denuncias. Agregó que se podrían proporcionar más detalles acerca de los tipos de faltas de ética descubiertos y las medidas disciplinarias impuestas cuando el informe de la Oficina de Ética pasara a abarcar un año civil. Le complacía informar que se estaba preparando un sitio web con información sobre la prohibición de las represalias, que estaría listo en pocas semanas.

35. La Directora afirmó que el principal centro de interés de la Oficina en el área de la ética era la prevención. Se esperaba que todo el personal, así como los socios externos, plantearan cuestiones e hicieran consultas cuando se encontraran en situaciones en las que pudiera haber un conflicto de intereses o incertidumbre con respecto a la propiedad de ciertas actividades. Por lo tanto, era importante concientizar al personal sobre los recursos disponibles y las políticas de la Organización. En la ética, como en la salud pública, prevenir era mejor que curar.

36. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Nombramiento de tres miembros del Comité de Auditoría de la OPS (documento CE146/8)

37. El doctor Douglas Slater (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había considerado una lista de candidatos preparada por la Directora en conformidad con los términos de referencia para el Comité de Auditoría establecidos por el Consejo Directivo en el 2009. El Subcomité había formado un grupo de trabajo integrado por representantes de Barbados, Bolivia y Guatemala para examinar la idoneidad de los candidatos y preparar una lista de candidatos clasificados por orden de preferencia. El Subcomité había recalcado que, en aras de la equidad de género, al menos uno de los tres candidatos principales de la lista debía ser una mujer.

38. El grupo de trabajo había celebrado dos reuniones durante la cuarta sesión del Subcomité y había preparado una lista de cuatro candidatos clasificados por orden de preferencia. Había recomendado el nombramiento de los tres primeros candidatos de la lista, pero había incluido cuatro candidatos para dar más opciones al Comité Ejecutivo. En dicha lista figuraban, por orden de preferencia: 1) Alain Gillette, 2) Peter Maertens, 3) Carman LaPointe, y 4) Amalia Lo Faso.

39. La señora Heidi Jiménez (Asesora Jurídica de la OSP) señaló que, además del documento CE146/8, en el cual se describían los antecedentes y las atribuciones del proceso de selección, se había entregado a los miembros del Comité Ejecutivo una carpeta que contenía los currículum vitae de los cuatro candidatos, de los cuales se les pedía que seleccionaran tres.

40. Varios delegados reconocieron los esfuerzos del Grupo de Trabajo que había estudiado a los candidatos detalladamente y expresaron apoyo a la selección propuesta. Una delegada, sin embargo, sugirió que, sobre la base de la idoneidad y los antecedentes, se reclasificara a los candidatos de la siguiente manera: Carman LaPointe, Amalia Lo Faso, Peter Maertens y Alain Gillette. Otro delegado, recalcando que el Comité de Auditoría debía ser totalmente imparcial e independiente de la OSP, sugirió que el Comité Ejecutivo eligiera a los tres miembros del Comité de Auditoría de la lista completa de candidatos que cumplieran todos los requisitos para el cargo.

41. El doctor Slater instó al Comité a que siguiera el proceso que se había iniciado en la cuarta sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración.

42. La Directora dijo que la búsqueda de candidatos para el Comité de Auditoría la había realizado una empresa externa y que los cargos no eran remunerados. Estaba segura de que el proceso en su totalidad había sido imparcial. También señaló que el

establecimiento del Comité de Auditoría formaba parte del paquete de medidas que se estaban tomando para establecer una cultura de ética y transparencia en la Organización. Eso incluía la Oficina de Ética, el sistema de protección de los denunciantes y otras medidas.

43. Al cabo de más deliberaciones, el Comité Ejecutivo decidió seguir la recomendación del Subcomité y seleccionar a los tres primeros candidatos. Posteriormente se determinó por sorteo que el señor Alain Gillette formaría parte del Comité de Auditoría durante cuatro años, la señora Carman LaPointe durante tres años y el señor Peter Maertens durante dos años.

44. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE146.R5, mediante la cual confirmó los nombramientos antedichos.

Asuntos relativos a la política de los programas

Evaluación de fin de bienio sobre el Programa y Presupuesto 2008-2009/Informe interino sobre los progresos realizados con respecto al Plan Estratégico 2008-2012 (versión preliminar) (documento CE146/9)

45. El doctor Douglas Slater (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había examinado la metodología para evaluar la ejecución del Programa y Presupuesto 2008-2009 y el Plan Estratégico 2008-2012 y había recibido con beneplácito la propuesta de una evaluación completa y transparente de los resultados de fin de bienio, recalando la importancia de tales evaluaciones para la gerencia basada en resultados. Los miembros habían hecho varias sugerencias con respecto al contenido y el formato del informe de la evaluación. En cuanto al contenido, varios delegados habían sugerido que el informe incluyera información sobre las dificultades encontradas en la ejecución del Programa y Presupuesto, las lecciones aprendidas, las medidas tomadas para mejorar la eficacia y eficiencia de la ejecución del programa y las mejoras logradas en la situación de salud de los Estados Miembros como consecuencia de las actividades llevadas a cabo durante el bienio. También se había sugerido que se aclararan los objetivos de la evaluación de fin de bienio y que en el informe se indicara la forma en que la Oficina usaría los resultados para la planificación futura del presupuesto y el programa. Además, se había sugerido que se proporcionara información más detallada sobre las repercusiones de la crisis financiera mundial y la pandemia (H1N1) 2009 en el logro de los diversos objetivos estratégicos.

46. El doctor Isaías Daniel Gutiérrez (Gerente del Área de Planificación, Presupuesto y Coordinación de Recursos de la OSP) resumió el contenido del documento CE146/9, destacando los cambios efectuados en respuesta a los comentarios y las recomendaciones del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración (SPPA), en particular la

inclusión de un análisis del progreso realizado con respecto a las ocho áreas de acción de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, un análisis del progreso sobre la base de la prioridad asignada a cada objetivo estratégico y un análisis de los efectos sanitarios de la crisis económica mundial, la pandemia de gripe y los diversos desastres y emergencias que se habían producido en la Región durante el bienio.

47. Informó que, de los 16 objetivos estratégicos, sólo cuatro estaban “en riesgo” al final del bienio (es decir, presentaban una tasa de ejecución de 75% a 89%, y era necesario tomar medidas para superar los retrasos, impedimentos y riesgos que podrían obstaculizar su consecución para fines del 2012). De los 88 resultados previstos a nivel regional (RPR), 21 (24%) estaban en riesgo. Recalcó que esas cifras reflejaban los resultados del componente cuantitativo de la evaluación de fin de bienio, que era muy rigurosa: por ejemplo, si se había establecido una meta para 36 países y todos menos uno la habían alcanzado para fines del 2009, se consideraba que la meta no se había alcanzado. La evaluación cuantitativa se complementaba con una evaluación cualitativa, que revelaba más acerca de las circunstancias particulares en torno a las metas que no se habían alcanzado y acerca del progreso realizado.

48. Refiriéndose a la figura 8 y el cuadro 6 del documento, que mostraban respectivamente los fondos disponibles por objetivo estratégico como porcentaje de su presupuesto aprobado y la convergencia de la asignación de los fondos disponibles con la clasificación según la prioridad programática de los diversos objetivos estratégicos, señaló que las brechas de financiamiento en algunas áreas reflejaban una falta de financiamiento flexible, lo cual, a su vez, se debía a que la mayor parte (65%) del presupuesto ordinario estaba asignada a puestos. Eso dificultaba la transferencia de fondos de un objetivo estratégico a otro para cubrir las brechas. Además, la gran mayoría de las contribuciones voluntarias se destinaban a fines específicos. En el bienio en curso, la Oficina trabajaría con ahínco para movilizar contribuciones voluntarias flexibles a fin de que los objetivos estratégicos de más alta prioridad recibieran suficiente financiamiento.

49. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito las modificaciones hechas al documento en respuesta a los comentarios del SPPA, en particular la indicación del progreso realizado y las lecciones aprendidas durante el bienio respecto de cada objetivo estratégico. Se instó a la Oficina a que intensificara sus esfuerzos con respecto a los objetivos estratégicos y los resultados previstos a nivel regional considerados “en riesgo” y a que trabajara para abordar los obstáculos señalados en las “observaciones sobre el progreso” en relación con los RPR que se consideraban en riesgo. También se instó a la Oficina a que aplicara las lecciones aprendidas en el bienio 2008-2009 a su trabajo en el bienio actual y en bienios futuros y a que siguiera integrando el género y las perspectivas interculturales en todos sus programas y actividades. Se aplaudió el progreso de la Oficina con la implementación de la gerencia basada en resultados.

50. Varios delegados comentaron que el cuadro 6 del informe parecía reflejar algunas incongruencias. Se señaló, por ejemplo, que los objetivos estratégicos 5 y 9 estaban en último lugar en cuanto a la prioridad programática pero eran superavitarios, en tanto que los objetivos estratégicos clasificados en primero, segundo y tercer lugar eran deficitarios. Se hicieron preguntas con respecto a los criterios empleados para la asignación de prioridades y se señaló que, en vista de los problemas de financiamiento que se observaban en el cuadro 6, quizá fuese aconsejable modificar el sistema de clasificación. Se pidió que se aclarara la mención que se hacía en el párrafo 91 de “una mayor competencia entre un grupo creciente de organizaciones que trabajan en el ámbito de la salud” como uno de los motivos principales de la brecha de financiamiento y se expresó apoyo a los esfuerzos de la Oficina para obtener más contribuciones voluntarias no destinadas a un fin particular.

51. El doctor Gutiérrez respondió que, en la versión del informe que se presentaría al Consejo Directivo, la Oficina incluiría más información sobre las organizaciones a las cuales se hacía alusión en el párrafo 91. Con respecto a los resultados previstos a nivel regional considerados “en riesgo”, explicó que la mayoría de ellos incluían las metas que requerían alguna acción de los Estados Miembros, como una meta relacionada con la cobertura de vacunación. El hecho de que se consideraran “en riesgo” no significaba, sin embargo, que no se hubieran hecho avances o que fuera probable que las metas no se alcanzaran para fines del 2012, el último año del período abarcado por el Plan Estratégico actual. De hecho, la clasificación “en riesgo” indicaba que se habían cumplido al menos 75% de los indicadores de los RPR en riesgo. No había ningún RPR “con problemas”, es decir, con una tasa de ejecución inferior a 75% y con un grave riesgo de que no se alcanzaran las metas. Era necesario seguir trabajando con respecto a los RPR en riesgo, pero se preveía que se alcanzarían antes de diciembre del 2012.

52. Tal como se indicaba en el informe, los objetivos estratégicos se habían clasificado según su prioridad programática utilizando el método *Delphi* modificado, teniendo en cuenta numerosas variables. El método y la clasificación resultante de los objetivos estratégicos según su prioridad se habían presentado a los Estados Miembros y habían recibido su aprobación. Con respecto a los recursos asignados a cada objetivo estratégico, las cifras del cuadro 6 reflejaban la medida en que se había cerrado la brecha de financiamiento entre los recursos del presupuesto ordinario y las contribuciones voluntarias. Reiteró que la capacidad de la Organización para llenar ese vacío era limitada porque la mayoría de las contribuciones voluntarias se destinaban a fines específicos y 65% del presupuesto ordinario se utilizaba para sufragar el costo del personal. Por lo tanto, había poca flexibilidad para transferir fondos o puestos de un objetivo estratégico a otro.

53. La doctora Gina Tambini (Gerente del Área de Salud Familiar y Comunitaria de la OSP), en calidad de facilitadora del objetivo estratégico 9 (nutrición, inocuidad de los

alimentos y seguridad alimentaria), observó que dicho objetivo se consideraba en riesgo sobre la base de los indicadores iniciales establecidos en el Plan Estratégico 2008-2012, varios de los cuales habían sido indicadores compuestos, lo cual dificultaba su monitoreo y medición. Esos indicadores se habían modificado en la versión modificada del Plan Estratégico aprobada por los Cuerpos Directivos en el 2009. A fin de que se alcanzara el objetivo estratégico 9 para el 2012, la Oficina estaba trabajando con el propósito de fortalecer los planes, los programas y las estrategias de los Estados Miembros orientados a mejorar la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria. Además, en la Oficina se había formado un equipo intersectorial para la nutrición y el desarrollo con objeto de promover un enfoque integrado del tema, y la OPS estaba colaborando con otros organismos de las Naciones Unidas en la Alianza Panamericana para la Nutrición y el Desarrollo a fin de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

54. El doctor Jacobo Finkelman (Gerente interino del Área de Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades de la OSP), en calidad de facilitador del objetivo estratégico 3 (enfermedades crónicas no transmisibles), dijo que dicho objetivo estratégico se consideraba en riesgo por dos razones básicas: la primera era la necesidad de fortalecer los procesos de formulación de políticas a nivel de país y la segunda era la necesidad de movilizar más recursos externos. Aunque se había alcanzado la mayoría de las metas de los indicadores del objetivo estratégico 3, había que fortalecer el compromiso político y financiero a fin de alcanzar plenamente el objetivo para el 2012. La Oficina estaba trabajando con esa finalidad.

55. El doctor Jean-Luc Poncelet (Gerente del Área de Preparativos para Situaciones de Emergencias y Socorro en Casos de Desastre de la OSP), en calidad de facilitador del objetivo estratégico 5 (emergencias y desastres), dijo que, aunque dicho objetivo parecía ser superavitario, no lo era. La información del cuadro 6 reflejaba la combinación del financiamiento para dos áreas en el presupuesto de 2008-2009: socorro para situaciones de emergencia y preparativos para situaciones de emergencia.

56. El doctor Gutiérrez agregó que, de acuerdo con el presupuesto para el 2010-2011, la información sobre el objetivo estratégico 5 se presentaría separada de la información sobre los otros objetivos estratégicos, ya que correspondía al área de “respuesta a brotes y crisis”, uno de los tres segmentos en los cuales se dividía el presupuesto (los otros dos eran los programas básicos de la OPS/OMS y los proyectos internos financiados por gobiernos).

57. La Directora señaló que las cifras monetarias del informe no reflejaban necesariamente la prioridad asignada a un objetivo estratégico determinado o el nivel de apoyo que se estaba proporcionando para su logro, ya que a menudo ese apoyo consistía en asesoramiento o actividades de promoción de la causa. Era difícil contabilizar esas funciones de apoyo y el tiempo del personal dedicado a los diversos objetivos estratégicos, y era aun más difícil colmar la brecha de financiamiento en algunas áreas.

En términos generales, los donantes estaban más dispuestos a prestar apoyo para tratar los problemas de salud considerados como una amenaza colectiva que las enfermedades transmisibles. Problemas tales como la obesidad y las cardiopatías, en cambio, se consideraban como una amenaza individual. Cabía esperar que la cumbre de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre las enfermedades no transmisibles, en el 2011, condujese a una mayor conciencia de la importancia de las enfermedades no transmisibles como problema de salud pública y, por lo tanto, a un mayor apoyo a su prevención y control.

58. Respondiendo a las preguntas relativas a la competencia por los recursos internacionales en el área de la salud, explicó que en el decenio anterior se habían creado casi cien iniciativas y mecanismos nuevos con el propósito de movilizar recursos para la salud, entre ellos el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, la Alianza GAVI, la Red Mundial de Ayuda (GAIN) y muchos otros. En consecuencia, el financiamiento para actividades en el campo de la salud había crecido, pero no estaba encauzándose necesariamente por medio de la OPS/OMS, a pesar de que se le estaba pidiendo a la Organización en medida creciente que ayudara a los países a elaborar propuestas de proyectos y a negociar su financiamiento con los diversos mecanismos nuevos. Sin embargo, ese financiamiento a menudo no estaba al alcance de los países de las Américas, la mayoría de los cuales eran países de ingreso mediano y, por lo tanto, no podían recibir apoyo de muchas de las fuentes nuevas.

59. El Comité tomó nota del informe.

Modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CE146/10)

60. El doctor Douglas Slater (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) dijo que se había informado al Subcomité que la Directora había creado un comité para guiar un proyecto de modernización del Sistema de Gestión Institucional de la OSP (que posteriormente pasó a denominarse Sistema de Información Gerencial de la OSP, o PMIS por sus siglas en inglés) y formular recomendaciones a los Cuerpos Directivos en el 2010. Ese comité había presentado tres opciones básicas, con diferentes características, ventajas e inconvenientes. Se le había asegurado al Subcomité que todas las opciones presentadas cumplirían con los requisitos del Sistema Mundial de Gestión de la OMS (GSM por sus siglas en inglés).

61. El Subcomité había recibido con beneplácito la información actualizada sobre el proyecto, aunque algunos miembros habían opinado que se necesitaba más información sobre la inversión necesaria para la aplicación de cada una de las opciones y sobre las consecuencias para la Organización en cuanto a la ejecución de sus programas. Se había sugerido que el documento que se presentara al Comité Ejecutivo incluyera una matriz con un resumen de las características de las diversas opciones con objeto de facilitar la

comparación. Preocupaba a algunos delegados la posibilidad de que la OPS no estuviera alineándose lo suficiente con el GSM, ya que tener otro sistema implicaría con el tiempo costos de mantenimiento y mejoras que tendrían que ser sufragados exclusivamente por la OPS. El Subcomité había instado a la Oficina a que considerara la posibilidad de implantar cualquier nuevo sistema de gestión un módulo a la vez para evitar los problemas que la OMS había experimentado al introducir el GSM completo de una vez.

62. El doctor Mohamed Abdi Jama (Subdirector General de Administración General de la OMS) presentó el Sistema Mundial de Gestión. Explicó que, hasta relativamente poco antes, las seis Oficinas Regionales de la OMS habían utilizado sistemas diferentes que no podían comunicarse entre ellos. En el 2000 se hizo un estudio del costo de un sistema para mejorar la situación, y en el 2003 la Asamblea Mundial de la Salud decidió asignar \$55 millones¹ al desarrollo de un sistema nuevo para la Organización en su totalidad. El resultado fue el Sistema Mundial de Gestión, que era el sistema de información gerencial de la OMS. El GSM se basaba en un software de Oracle para la planificación de recursos empresariales (ERP), con la adición de módulos para la planificación de programas y la gerencia basada en resultados.

63. El GSM había comenzado a funcionar el 1 de julio del 2008 en la sede de la OMS, en la Oficina Regional para el Pacífico Occidental y en algunas entidades conexas. Se había considerado la posibilidad de implementarlo módulo por módulo, pero se había decidido establecer el sistema completo de una vez. Aunque en los primeros seis o siete meses las dificultades habían sido inmensas, ahora el sistema era estable. El Centro Mundial de Servicio, que se ocupaba del procesamiento para toda la Organización, estaba en Kuala Lumpur (Malasia). Se habían examinado distintas posibilidades para la ubicación del centro y se había elegido a Kuala Lumpur porque era la opción de menor costo. El Centro empleaba principalmente personal de contratación local y estaba a cargo de un funcionario D1, puesto que recientemente se había reclasificado como D2. Manejaba todo el procesamiento en relación con funciones tales como la nómina de sueldos, los viajes y la gestión de recursos humanos.

64. Se esperaba que la introducción del GSM no solo aumentara la eficiencia, sino también que redujera los costos, lo cual todavía no se había logrado, pero se creía que la situación mejoraría cuando el sistema estuviera usándose en todas las regiones de la OMS. Otras ventajas previstas eran la transparencia, que se lograría al hacer la información visible para todos los miembros del personal con la debida autorización para el acceso; la rendición de cuentas, que mejoraría al vincular recursos a elementos programáticos y al dar poder de decisión a los gerentes y exigirles que rindieran cuentas; la descentralización de la responsabilidad y la autoridad; funciones claramente definidas y estandarizadas para autorizar y certificar acciones; la eficiencia y oportunidad

¹ A menos que se especifique otra cosa, todas las cifras monetarias en este informe se expresan en dólares de Estados Unidos.

resultantes de introducir los datos una sola vez y almacenarlos en una base de datos centralizada; la exactitud resultante de tener una única fuente de datos con mecanismos incorporados de validación y control; la disponibilidad de información instantánea y fidedigna para la gestión; una mayor autonomía del personal y una mayor capacidad de autoservicio.

65. Se había dedicado el 2009 a la solución de las fallas encontradas en el sistema, y en enero del 2010 se había extendido el sistema a las regiones del Mediterráneo Oriental, Europa y Asia Sudoriental. Ya se habían iniciado los preparativos para extenderlo a la Región de África, lo cual implicaba dificultades particulares surgidas del tamaño de esa Región, su infraestructura de comunicaciones, generalmente deficiente, y la necesidad de que el GSM funcionara en francés. Para implementar el sistema en África se necesitarían los \$5 millones restantes de la cantidad asignada originalmente al proyecto. Recalcó que los \$55 millones se habían destinado solo al diseño y la creación del sistema: la cifra no incluía capacitación, viajes relacionados con el proyecto, la mejora de la infraestructura necesaria ni los costos fijos, gastos para los cuales se habían presupuestado casi \$31 millones para el bienio 2010-2011.

66. El doctor Isaías Daniel Gutiérrez (Gerente del Área de Planificación, Presupuesto y Coordinación de Recursos de la OSP) presentó el Sistema de Información Gerencial de la OSP (PMIS) y explicó la forma en que se relacionaba con el GSM. Explicó que la OSP se había comprometido a cumplir los requisitos del GSM y de hecho ya lo estaba haciendo mediante la armonización programática y el intercambio de información. Recordó que se había encomendado al Comité del PMIS la producción de tres documentos para los Cuerpos Directivos: una descripción de los principios rectores del PMIS, un análisis de los procesos institucionales de la OSP y un análisis de las opciones para la modernización del PMIS, a fin de que los Cuerpos Directivos pudieran tomar una decisión.

67. Los principios rectores, que se enunciaban en el anexo A del documento CE146/10, orientarían la acción para modernizar el PMIS. Derivaban de los principios de la OMS, pero respondían a una evaluación de las necesidades de la OPS y a su carácter singular. Habían sido elaborados por el Comité del PMIS con la participación del personal de la OSP en todos los niveles y también incorporaban las recomendaciones del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración.

68. El anexo B contenía un estudio detallado de las diferencias entre los principios rectores de ambas organizaciones, que deberían tenerse en cuenta en cualquier mejora o reemplazo del PMIS. Aunque algunas de las diferencias eran menores, otras eran importantes, como el hecho de que la OPS tenía un nivel subregional y recibía contribuciones directamente de sus Estados Miembros.

69. En el anexo C se examinaban las diferencias entre los modelos institucionales de la OPS y la OMS. Tales diferencias surgían del hecho de que, jurídicamente, eran instituciones separadas, cada una con su propia constitución; de que la OPS tenía sus propios Cuerpos Directivos pero al mismo tiempo estaba sujeta a los mandatos de los Órganos Deliberantes de la OMS; y de que sus programas de trabajo eran distintos. Esas diferencias también tendrían implicaciones para el Sistema de Información Gerencial.

70. El Comité del PMIS había propuesto tres opciones para mejorar el sistema actual, que se describían detalladamente en el anexo D del documento. La opción 1 consistía en adoptar el GSM de la OMS, en una de tres variantes: 1(a) usando la misma base de datos y la misma unidad de operaciones que otras Oficinas Regionales de la OMS; 1(b) usando la misma base de datos pero empleando una unidad de operaciones diferente; o 1(c) usando el GSM como una instancia distinta, es decir, una copia en blanco del GSM instalada por separado para uso de la OPS. La opción 2 incluiría la modernización de los sistemas actuales de la OPS y la opción 3 sería un híbrido del software de planificación de recursos institucionales SAP[®] con la adición de algunas funcionalidades específicas de la OPS. El anexo D también contenía información detallada sobre las ventajas y las desventajas de las diversas opciones, así como los costos.

71. El Comité Ejecutivo agradeció a la Oficina el informe completo que había presentado. En particular apreciaba la inclusión de las consideraciones hechas por el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración y la comparación detallada de las ventajas y desventajas de las diversas opciones, que dejaban en claro que la cuestión fundamental era si la OPS debía adoptar el GSM o un sistema de información diferente que se integrara en el GSM y que los dos aspectos de esa decisión eran el riesgo y el costo.

72. El Comité también agradeció el esfuerzo dedicado a la comparación detallada de los principios rectores de la OPS y la OMS. Aunque en algunos casos las diferencias eran pequeñas, había muchos casos en los cuales la comparación indicaba que la OPS tenía requisitos singulares, normalmente en relación con su estructura (incluidas las entidades regionales, subregionales y de país) y con la forma en que cumplía su misión mediante actividades tales como adquisiciones. Según se señalaba en el informe, debido a esas diferencias el GSM no satisfaría todas las necesidades de la OPS, y aunque en el informe también se indicaba que la integración plena con el GSM era un requisito clave para la OPS, el Comité opinó que, dadas las diferencias entre la OPS y las otras regiones de la OMS, estaba claro que no sería factible implementar el GSM sin algunas modificaciones.

73. El consenso de los miembros del Comité fue que, con las opciones 1(c) y 3, se evitarían las desventajas relacionadas con la adopción directa del GSM sin ninguna modificación. El Comité opinaba que la opción 1(c) permitiría a la OPS mantener su autonomía y al mismo tiempo facilitaría el intercambio de información con la OMS. Sin embargo, preocupaba al Comité el costo elevado de esa opción, así como el costo de las

mejoras necesarias de la versión 12 de E-Business Suite, en particular considerando un anuncio reciente de que no habría versiones subsiguientes de E-Business Suite, ya que este software iba a ser reemplazado por un producto nuevo, Oracle Fusion. El Comité consideró que se necesitaba más información al respecto.

74. El Comité opinó que la opción 3 también mantendría la autonomía de la OPS en lo que se refiere a la gobernanza, tendría un costo relativamente bajo e implicaría el uso de un software comercial actualizado y uniforme que las Naciones Unidas había seleccionado como plataforma preferida. Por otro lado, con la opción 3, la OPS estaría implantando un sistema de ERP en relación con el cual no tenía ningún conocimiento o experiencia institucional. El Comité, por consiguiente, pidió más información acerca de los riesgos conexos, específicamente con respecto a las áreas en las cuales se necesitarían modificaciones tanto del GSM como del software SAP para atender las necesidades cotidianas de la OPS; la experiencia de organizaciones que ya habían implantado el software SAP en el sistema de las Naciones Unidas, especialmente si las modificaciones habían sido costosas o difíciles; y otros riesgos conocidos de la implantación de ese sistema.

75. Se expresó preocupación por la forma en que se financiaría el proceso de modernización, así como renuencia en lo que se refiere a contemplar aumentos de las contribuciones señaladas con ese fin. El Comité pidió a la Oficina que proporcionara regularmente información actualizada sobre el costo del proceso.

76. Respondiendo a las observaciones acerca de las mejoras futuras del sistema Oracle, el doctor Jama estuvo de acuerdo en que el paso de la versión 11 a la versión 12 implicaría un costo, pero dijo que entendía que el futuro software Oracle Fusion satisfaría las necesidades de los usuarios de E-Business Suite. Además, entendía que faltaban varios años para que la nueva versión de Oracle Fusion estuviera lista.

77. La Directora observó que, al reducir a dos el número de opciones en consideración, el Comité había avanzado mucho hacia una decisión final sobre la forma de proceder con respecto al PMIS, que era fundamental para la capacidad de la Oficina para proporcionar cooperación técnica y los demás servicios que los Estados Miembros esperaban de ella.

Línea de acción acordada por los miembros del Comité Ejecutivo

78. Al concluir las deliberaciones, el Comité Ejecutivo respaldó la modernización del Sistema de Información Gerencial de la OSP y aprobó sus principios rectores. Teniendo en cuenta la condición jurídica separada de la OPS y otros factores, el Comité recomendó las opciones 1(c) y 3 como las más ventajosas para la modernización del PMIS y solicitó un análisis más detallado de ambas, incluidos los riesgos y los costos de su implementación. El Comité Ejecutivo también hizo un llamamiento a un diálogo

detallado con la OMS y otras entidades vinculadas al GSM, así como con otros organismos de las Naciones Unidas que usaban el software SAP, a fin de obtener más información sobre su funcionamiento.

79. El Comité Ejecutivo solicitó que los Estados Miembros continuaran participando mientras se elaboraba el documento nuevo para el Consejo Directivo y se incorporaban los resultados de dicho diálogo. También solicitó a la Directora que presentara un plan financiero en el cual se indicaran las fuentes propuestas de financiamiento y las actividades para movilizar recursos.

Evaluación de la Política del Presupuesto Regional por Programas (documento CE146/11)

80. El doctor Douglas Slater (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había examinado las atribuciones y el procedimiento propuestos para evaluar la Política del Presupuesto Regional por Programas adoptada en el 2004 y había recibido con beneplácito los planes para la evaluación, la cual, en opinión de los miembros, mejoraría la transparencia y la gerencia basada en resultados. Se habían hecho varias preguntas con respecto al contenido y los resultados previstos de la evaluación; por ejemplo, si se examinaría el uso del componente variable de la asignación a los países y el uso de fondos para cooperación técnica entre países; si se evaluaría el método de asignación de recursos; cómo se actualizarían los criterios para lograr una asignación más equitativa de recursos entre países; si la evaluación se vincularía a la evaluación de fin de bienio del presupuesto por programas de 2008-2009; y si se formularían nuevas recomendaciones y propuestas de política sobre la base de los resultados de la evaluación. El Subcomité había recalcado que la Secretaría debía escuchar la opinión de las autoridades nacionales sobre la política.

81. El señor Román Sotela (Asesor Principal sobre Gestión del Programa y Presupuesto de la OSP) repasó la historia y las características de la Política del Presupuesto Regional por Programas (descrita detalladamente en los documentos CD45/7 y CE134/FR, párrafos 46 a 74).

82. El señor David O'Regan (Auditor General, Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación de la OSP) resumió los resultados preliminares de la evaluación, observando que todavía estaba en marcha pero concluiría antes del 50.º Consejo Directivo en septiembre, en cuyo momento se presentaría información mucho más detallada. Explicó que una de las finalidades principales de la evaluación era formular recomendaciones para guiar la elaboración de la próxima Política del Presupuesto Regional por Programas. La conclusión principal de la evaluación era que la formulación y la ejecución de la política habían sido, en términos generales, un éxito para la OSP y los Estados Miembros. La política había proporcionado una metodología transparente,

sistemática y uniforme para asignar los presupuestos ordinarios bienales de la OPS entre los niveles regional, subregional y de país.

83. La investigación realizada por la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación indicaba que la política parecía ser poco común entre las organizaciones internacionales en cuanto a su método de asignación basado estrictamente en una fórmula. Otras organizaciones internacionales también tenían modelos basados en fórmulas, pero tenían más flexibilidad y discreción. La Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación había examinado y vuelto a realizar los cálculos de la fórmula para la asignación presupuestaria y había concluido que la política se había aplicado correctamente. No obstante, tenía varias recomendaciones con respecto a algunos aspectos de la metodología.

84. En particular, había que examinar el umbral de financiamiento básico de la política, ya que en algunos casos había indicios de que el nivel mínimo de financiamiento quizá fuese demasiado bajo para asegurar un nivel mínimo de operaciones. También había que examinar el índice basado en las necesidades del elemento variable de la asignación y evaluar otros métodos para nivelar el efecto del tamaño de la población de los países a fin de que el tamaño de población no repercutiera excesivamente en la asignación basada en las necesidades. Para satisfacer las necesidades agudas de los cinco países clave de acuerdo con la política, había que considerar la posibilidad de aumentar la parte proporcional del presupuesto ordinario. También debía considerarse un aumento del nivel proporcional del componente variable de la asignación a los países, que era de solo el 2% del presupuesto ordinario, manteniendo al mismo tiempo un criterio estricto para su uso. La Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación había observado que la ejecución del presupuesto a nivel subregional había sido menor que en los niveles regional y de país y había recomendado que se considerara la posibilidad de dar mayor transparencia a ese elemento de la política; por ejemplo, estableciendo criterios claros para la distribución de recursos en las subregiones.

85. Por último, aunque la naturaleza estricta y formulaica de la política le daba gran transparencia y era uno de sus puntos fuertes, esa rigidez podría considerarse también como un factor limitante. Tal vez deberían introducirse en la política algunos elementos adicionales, más discrecionales.

86. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito la evaluación, que se consideraba como una muestra del compromiso de la Organización con la gerencia basada en resultados, y esperaba con interés recibir las recomendaciones de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación sobre la política relativa al presupuesto regional. Los delegados recalcaron que la evaluación debía examinar la fórmula para la asignación de recursos a la luz de los nuevos retos y las circunstancias cambiantes y que los recursos debían asignarse con miras a garantizar el financiamiento suficiente de los

objetivos estratégicos que se había determinado que eran deficitarios o que estaban en riesgo (véanse los párrafos 45 a 59).

87. Los delegados también recalcaron la importancia de que las asignaciones a los Estados Miembros fuesen suficientes para alcanzar las metas de los indicadores establecidas en el Plan Estratégico y, en términos más generales, participar eficazmente en el trabajo de la Organización. El Delegado de Canadá señaló que su país usaba la asignación de la Organización principalmente para proporcionar pericia y apoyo a otros países de la Región, y la disminución de 40% que había experimentado como resultado de la aplicación de la política presupuestaria actual había dificultado esa tarea en medida creciente. Se señaló que, en el documento sobre este tema, se indicaba que el componente subregional del presupuesto por programas era del 7%, pero en la evaluación de fin de bienio del programa y presupuesto 2008-2009 (documento CE146/9) esa cifra era del 5%, y se pidió que se aclarara la discrepancia.

88. El señor O'Regan dijo que, aunque la Política del Presupuesto Regional por Programas se encuadraba sin duda en los aspectos programáticos y estratégicos del presupuesto, no era en sí de índole programática, sino más bien un método para dividir los recursos del presupuesto ordinario entre los niveles regional, subregional y de país. La fórmula de asignación, aunque muy transparente, no permitía hacer ninguna corrección o cambio discrecional para responder a nuevos retos o a cambios en las circunstancias. Esa era precisamente la razón por la cual la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación recomendaba que la fórmula fuese más flexible. Respondiendo a la pregunta relativa al componente subregional, explicó que la cifra del 7% que constaba en el documento CE146/11 se refería solamente al presupuesto ordinario, mientras que la cifra del 5% que figuraba en el documento CE146/9 se refería al presupuesto total, que comprendía el presupuesto ordinario, las contribuciones voluntarias y las demás fuentes de financiamiento.

89. La Directora señaló que la cifra del 7% reflejaba un aumento en el componente subregional en el bienio en curso. El componente subregional en 2008-2009 en verdad había sido del 5%. Tal como había señalado el señor O'Regan, la OPS era poco común porque tenía una política presupuestaria con criterios transparentes para fijar los topes del presupuesto y las asignaciones, y también era poco común porque tenía una asignación subregional. Sin embargo, esa singularidad planteaba dificultades; la principal era que no había ningún modelo a seguir o enseñanzas que pudieran aprenderse de la experiencia de otras organizaciones, lo cual dificultaba saber cómo mejorar la política. El asesoramiento de los expertos de Estados Miembros, en particular de estados federales, que tenían experiencia con el prorrateo de su presupuesto nacional entre diversos niveles de gobierno, había resultado muy valioso para la formulación de la política actual y seguramente también ayudaría a pulirla y mejorarla.

90. Una consideración importante que debía tenerse presente en la evaluación y en el proceso de formulación una política nueva era el costo considerable de mantener una representación de la OPS en casi todos los Estados Miembros. Por otro lado, algunos costos, como las inversiones en seguridad y en conectividad para cumplir las normas establecidas por las Naciones Unidas, no estaban bajo el control directo de la OPS, lo cual dificultaba su presupuestación. En la medida de lo posible, la Oficina trataba de que tales inversiones fueran beneficiosas a largo plazo para los países y mejoraran su capacidad para comunicarse y cooperar entre ellos. Consciente de la necesidad de seguir reduciendo el componente regional del presupuesto ordinario al aumentar el componente de país, la Oficina también estaba tratando de buscar formas más estratégicas de utilizar los recursos limitados de la OPS y de aumentar la eficiencia de su trabajo. Con ese fin, estaba reevaluando continuamente la función de los Centros Panamericanos (véanse los párrafos 180 a 186), que recibían una parte importante de los recursos asignados a nivel regional, y procuraba encontrar nuevos colaboradores para la cooperación técnica, como las instituciones nacionales a las cuales se hacía alusión en el documento CE146/12, Rev. 1 (véanse los párrafos 92 a 100).

91. El Comité tomó nota del informe.

Instituciones nacionales asociadas con la OPS para la cooperación técnica (documento CE146/12, Rev. 1)

92. El Presidente se refirió al documento CE146/12, Rev. 1, y ofreció el uso de la palabra.

93. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito la propuesta de un procedimiento estandarizado para formalizar las relaciones entre la OPS e instituciones nacionales mediante su designación como instituciones nacionales asociadas con la OPS para la cooperación técnica. Los delegados opinaron que el procedimiento proporcionaría un medio para aprovechar la pericia disponible a nivel nacional y fortalecer la capacidad de las instituciones nacionales participantes, mejorando de ese modo la cooperación técnica de la OPS con los países y ayudándoles a atender mejor sus necesidades y prioridades y a lograr sus metas en el campo de la salud, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. Un delegado preguntó si otras Oficinas Regionales de la OMS habían adoptado una estrategia similar para seleccionar y designar instituciones nacionales interesadas en apoyar el trabajo de la Organización a nivel de país.

94. Varios delegados opinaron que la definición de “institución nacional asociada con la OPS para la cooperación técnica” que constaba en el párrafo 34 del documento CE146/12, Rev. 1, no se aplicaba a ninguna de las instituciones mencionadas en el párrafo 35, ya que las instituciones privadas, las asociaciones profesionales y académicas y las organizaciones de la sociedad civil eran entidades autónomas y, aunque bien podrían trabajar en coordinación con ministerios de salud, no podían estar sujetas a su

rectoría. Otros delegados difirieron, recalando que todas las actividades en relación con la salud pública debían llevarse a cabo con la rectoría de las autoridades sanitarias nacionales, las cuales, en la mayoría de los casos, constituían el ministerio de salud. Varios delegados también recalcaron que, tal como se señalaba en la norma y en el procedimiento, los ministerios de salud debían indicar las instituciones nacionales que pudieran designarse como instituciones nacionales asociadas con la OPS para la cooperación técnica y que no se debería permitir que tales instituciones se propusieran a sí mismas como candidatas para ese tipo de asociación.

95. Se sugirió incorporar el concepto de seguimiento tanto en el título como en el contenido del procedimiento propuesto para seleccionar y designar las instituciones nacionales asociadas con la OPS para la cooperación técnica, ya que era un componente importante de los planes de trabajo bienales a ser preparados por las representaciones de la OPS/OMS con las instituciones interesadas. Se recalcó que los ministerios de salud debían desempeñar una función primordial en el seguimiento de las actividades de las instituciones nacionales reconocidas en el marco de la norma y el procedimiento propuestos. Se puso de relieve la importancia de establecer una red en línea de instituciones nacionales para facilitar el intercambio de pericia y la cooperación técnica entre países. Se recalcó que la información sobre las instituciones incluidas en la red debía actualizarse regularmente.

96. Varios delegados pidieron que se aclararan las diferencias entre los centros colaboradores de la OMS y las instituciones nacionales asociadas con la OPS para la cooperación técnica. En particular, se pidió una aclaración del alcance geográfico de la acción de tales instituciones nacionales y de la forma en que ambos mecanismos de apoyo técnico se complementarían, en vez de ser redundantes.

97. La Delegada de México propuso algunos cambios de redacción y adiciones al procedimiento presentado en el anexo A del documento y posteriormente presentó esas sugerencias a la Oficina por escrito. Otros delegados apoyaron los cambios propuestos por la delegación de México.

98. El doctor Juan Manuel Sotelo (Gerente del Área de Relaciones Externas, Movilización de Recursos y Asociaciones de la OSP) agradeció a los delegados sus comentarios y sugerencias, que ayudarían a enriquecer la norma y el procedimiento propuestos. Recalcó que la propuesta tenía como finalidad contribuir a la movilización de recursos, especialmente técnicos, a nivel de país y fortalecer la capacidad nacional. Los ministerios de salud desempeñarían una función clave en la selección de las organizaciones y asociaciones a ser designadas como instituciones nacionales asociadas con la OPS para la cooperación técnica. También desempeñarían un papel importante en el seguimiento de su trabajo. Con respecto al alcance de las instituciones que fuesen reconocidas como instituciones nacionales asociadas con la OPS, dijo que algunas operaban en el plano internacional, pero la mayoría trabajaba solo a nivel de país. En

efecto, esa era una de las diferencias principales entre tales instituciones y los centros colaboradores de la OMS, que generalmente tenían un alcance mucho más internacional, y el procedimiento para su designación era mucho más complejo que el procedimiento propuesto en el documento CE146/12, Rev. 1, el cual, recalcó, estaba muy centrado en el país.

99. La Directora afirmó que el proceso de selección de las instituciones nacionales estaría a cargo de los ministerios de salud. Respondiendo a los comentarios sobre la definición del párrafo 34 del documento, dijo que la referencia a la rectoría de los ministerios de salud se relacionaba principalmente con su función de establecer la política y las prioridades sanitarias a nivel nacional y con su liderazgo en la selección de las instituciones que pudieran ser designadas como instituciones nacionales en colaboración con la OPS. Se revisaría el documento para aclarar eso. Haciendo un repaso de la historia de los centros colaboradores de la OMS, señaló que la filosofía que constituía la base de la designación de ambos tipos de instituciones era un tanto diferente. La idea que sustentaba la designación de centros colaboradores de la OMS había sido aprovechar la pericia de las instituciones de investigación existentes, situadas en su gran mayoría en países desarrollados, para no tener que establecer instituciones internacionales de investigación bajo los auspicios de la OMS. La finalidad de la propuesta de la Oficina era señalar y fortalecer la capacidad de las instituciones nacionales en los países de la Región que estaban colaborando con la OPS en el campo de la salud pública. Como resultado de esa designación, esas mismas instituciones quizá con el tiempo se convertirían en candidatas para la designación como centros colaboradores de la OMS, aunque ese no era el objetivo primordial de la propuesta. Que ella supiera, ninguna otra región de la OMS había implantado un procedimiento similar para seleccionar instituciones nacionales asociadas para la cooperación técnica pero había una tendencia creciente en todo el mundo hacia una mayor colaboración entre tales instituciones y los ministerios de salud a nivel de país, de manera que las demás regiones bien podrían seguir el ejemplo de las Américas en el establecimiento de un procedimiento.

100. El Comité aprobó la resolución CE146/R.17, mediante la cual recomendó que el 50.º Consejo Directivo aprobara una nueva categoría de relaciones con instituciones a ser reconocidas como instituciones nacionales asociadas con la Organización Panamericana de la Salud para la cooperación técnica (INACO). Durante las deliberaciones sobre la resolución, el Comité decidió usar la sigla española INACO, en vez de la sigla NIAPTC en inglés, debido a que la primera es más fácil de pronunciar.

Estrategia para la reducción del abuso de sustancias psicoactivas (documento CE146/13, Rev. 1)

101. El Comité recibió con beneplácito los esfuerzos de la OPS para abordar el problema del abuso de sustancias psicotrópicas desde una perspectiva de salud pública. Sin embargo, varios delegados expresaron reservas acerca de algunos aspectos de la

estrategia propuesta. Se sugirió que, en lugar de centrarse en el abuso de sustancias psicoactivas, que era sólo una parte del problema, la estrategia adoptara un enfoque más amplio e integral y abordara el problema más general del uso nocivo de sustancias psicoactivas, siguiendo el modelo de la Estrategia mundial de la OMS para reducir el uso nocivo del alcohol. En consecuencia, se propuso cambiar el título de la estrategia a “Estrategia integral para reducir la dependencia y el uso nocivo de sustancias psicoactivas”.

102. Varios delegados opinaron que se necesitaba una aclaración conceptual para señalar precisamente la esfera de acción de la salud pública y el papel de la OPS en relación con el problema. Una delegada, observando que, de acuerdo con la estrategia antidrogas de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), “reducción de la demanda” significaba “evitar y prevenir el primer consumo de drogas, así como abordar las consecuencias negativas tanto para la salud como para la sociedad originadas por el uso indebido de drogas”, señaló que algunas de las actividades contempladas de acuerdo con la estrategia propuesta de la OPS estaban fuera de la esfera de la reducción de la demanda, lo cual, junto con el tratamiento, debía ser el foco de la OPS. Algunos ejemplos eran la búsqueda de alternativas para la producción y la distribución de drogas, la investigación sobre el control de la oferta, el desvío de medicamentos, las medidas de despenalización y las sanciones penales, y las políticas de fiscalización de drogas. Otro delegado, observando que la propuesta requería un trabajo en las áreas de la reducción de la pobreza y la creación de alternativas para la subsistencia, señaló que estas dos áreas tampoco se encuadraban en la misión y la pericia de OPS. Se expresó la opinión de que era necesario corregir el texto para aclarar algunas partes del documento. Se citó como ejemplo el párrafo 20.

103. Se sugirió que en la estrategia se hiciera mucho más hincapié en el tratamiento del abuso de sustancias psicoactivas desde una perspectiva de salud pública. Se señaló, por ejemplo, que la estrategia no abordaba problemas tales como la falta de acceso a tratamiento apropiado para las personas con problemas de abuso de sustancias psicoactivas y la estigmatización y la exclusión social de tales personas, ni los enfoques extramédicos del tratamiento, como los grupos de ayuda mutua. Se subrayó la necesidad de un enfoque intersectorial para abordar tanto los factores sociales determinantes como las consecuencias sociales del abuso de sustancias psicoactivas. Los métodos comunitarios de prevención, tratamiento y rehabilitación también eran esenciales. Un delegado recalcó que el tema del abuso de sustancias psicoactivas debía tratarse junto con el problema del consumo nocivo del alcohol, teniendo presente que el alcohol era la sustancia psicoactiva que más se usaba.

104. El Comité destacó la importancia de la uniformidad y complementariedad entre la estrategia propuesta por la OPS y las iniciativas conexas de otras organizaciones de las Naciones Unidas y el sistemas interamericano, especialmente la estrategia continental

antidrogas adoptada por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) en mayo del 2010. En particular, se señaló que el texto del área estratégica 2, relacionada con la prevención universal, debía armonizarse con textos similares de documentos de la CICAD y la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas. Las referencias a la “reducción de los daños”, si se incluía, debían concordar con los textos acordados a nivel internacional, entre ellos los de la Asamblea Mundial de la Salud y la Junta Coordinadora del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA).

105. En vista de las reservas expresadas, el Comité opinó que no estaba en condiciones de respaldar la estrategia propuesta y, por consiguiente, decidió formar un grupo de trabajo para emprender un examen más riguroso de la propuesta y facilitar el consenso sobre una propuesta revisada que se presentaría en el 50.º Consejo Directivo.

106. El ingeniero Luiz A. Galvão (Gerente del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental de la OSP) observó complacido que parecía haber consenso en torno a la importancia del tema y la necesidad de un enfoque de salud pública. Tanto él como la Directora aseguraron al Comité que la Oficina tenía la intención de coordinar su trabajo estrechamente con el de otros organismos de las Naciones Unidas y el sistema interamericano y que la estrategia para la reducción del abuso de sustancias psicoactivas armonizaba plenamente con las estrategias mundiales y regionales relacionadas con el consumo nocivo del alcohol, la salud mental y otros temas conexos.

107. Se acordó que el grupo de trabajo comenzaría a trabajar cuanto antes, realizaría las consultas por medios electrónicos y presentaría sus recomendaciones sobre la estrategia para mediados de julio a fin de que pudiera prepararse una versión revisada del documento a más tardar para el 23 de julio del 2010.

Estrategia y Plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas (documento CE146/14, Rev. 1)

108. El Presidente se refirió al documento CE146/14, Rev. 1, y ofreció el uso de la palabra.

109. El Comité Ejecutivo expresó su fuerte apoyo a la estrategia y el plan de acción y elogió el liderazgo de la OPS en la labor regional de prevención y control de la enfermedad de Chagas. El Comité recibió con beneplácito el progreso realizado en la lucha contra esta enfermedad en la Región, pero recalcó la necesidad de continuar el trabajo conjunto para alcanzar la meta de la eliminación de la enfermedad de Chagas como problema de salud pública para el 2015. Con ese fin, se recalcó la importancia de continuar la vigilancia en las zonas sin endemividad y donde antes la enfermedad había sido endémica. Los delegados observaron que, al igual que otras enfermedades tropicales desatendidas, la enfermedad de Chagas estaba relacionada con la pobreza y la

marginación, y destacaron la consiguiente necesidad de prestar atención a los determinantes sociales y ambientales que habían contribuido a su persistencia. Los delegados también recalcaron la necesidad de redoblar los esfuerzos para prevenir la transmisión de *Trypanosoma cruzi* por vías diferentes de los vectores. Varios delegados comentaron que la transmisión por los alimentos constituía un motivo de preocupación en sus países.

110. Varios delegados informaron sobre la acción de sus países para combatir la enfermedad de Chagas, subrayando la importancia de la participación comunitaria, los enfoques de atención primaria de salud y la acción intersectorial e interinstitucional. Se recalcó la necesidad de investigaciones, en particular sobre la resistencia a los insecticidas y métodos de diagnóstico, rápidos y asequibles, y de la capacitación de recursos humanos. Se propuso agregar al plan de acción una tercera meta relacionada con el fortalecimiento de los programas de capacitación y desarrollo de recursos humanos y con estrategias de comunicación. Se señaló que la capacitación y la promoción de las investigaciones eran funciones importantes de la OPS, igual que el apoyo y la cooperación para mejorar la disponibilidad y la accesibilidad de los medicamentos para tratar la enfermedad de Chagas. Se recalcó, sin embargo, que la OPS debía procurar que su cooperación técnica reforzara la labor que estuviera llevándose a cabo y no duplicara actividades o recursos.

111. Con respecto específicamente a la estrategia y el plan de acción, un delegado sugirió que se aclarara el significado de “eliminación” y dijo que la eliminación de la enfermedad de Chagas requeriría no solo la interrupción de la transmisión del parásito, sino también el diagnóstico y tratamiento de todas las personas infectadas. También subrayó la necesidad de financiamiento sostenible para alcanzar la meta de la eliminación. Otro delegado solicitó que se aclarara el financiamiento necesario para implementar la estrategia y el plan de acción, señalando que la estimación presentada en el anexo C del documento (de \$2,5 millones a \$6 millones) era muy general.

112. El doctor Rodolfo Rodríguez (Asesor Principal interino del Proyecto de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles de la OSP), respondiendo a las observaciones del Comité, dijo que la estrategia y el plan de acción formaban parte del esfuerzo general para combatir todas las enfermedades desatendidas, de acuerdo con la resolución CE49.R19 (2009). La enfermedad de Chagas seguía siendo un grave problema de salud pública en la Región (en las Américas seguían notificándose alrededor de 41.000 casos y 12.000 defunciones al año), razón por la cual se necesitaban una estrategia y un plan de acción específicos para esta enfermedad. El proyecto de resolución sobre el tema brindaba la oportunidad de aumentar la conciencia sobre la enfermedad y de obtener apoyo para su eliminación como problema de salud pública. La Oficina creía que, con la acción concertada y el apoyo de los 21 países con endemidad, esa meta podría alcanzarse en cinco años. Con respecto al nivel de financiamiento necesario, las cifras

que aparecían en el anexo C eran estimaciones de la cantidad necesaria para la cooperación técnica de la OPS en un quinquenio: del 2010 al 2015.

113. Recibió con beneplácito la información suministrada sobre la lucha contra la enfermedad de Chagas en los países, que sería útil para el trabajo tanto de la Oficina como de otros países. En particular, el establecimiento de metas intermedias para una fase de consolidación que llevara a la eliminación, como había ocurrido en Argentina, parecía un enfoque muy lógico. Había escuchado atentamente los comentarios de los delegados con respecto a la función de la OPS y aseguró al Comité que la Organización apoyaría a los países en el fortalecimiento de su capacidad de diagnóstico, la capacitación del personal y el acceso oportuno a medicamentos para el tratamiento de la enfermedad de Chagas.

114. La Directora dijo que uno de los objetivos principales de la estrategia y el plan de acción era dar mayor prioridad a la enfermedad de Chagas en la agenda política de los países de la Región. La enfermedad se había originado en las Américas; por lo tanto, la Región tenía la responsabilidad de controlarla y eliminarla para detener su propagación a otras regiones. En una reunión reciente sobre enfermedades desatendidas se había destacado la necesidad de enfoques innovadores y de más financiamiento e incentivos para la investigación y el desarrollo con relación a la enfermedad de Chagas. Se necesitaban nuevos medios de diagnóstico y tratamiento porque, a pesar de los años de trabajo, no había sido posible eliminar la enfermedad con los métodos disponibles actualmente. Por consiguiente, la Organización estaba preparándose para lanzar un premio a la innovación con la intención de promover el desarrollo de instrumentos y técnicas nuevos para combatir las enfermedades desatendidas. El primer premio sería para las innovaciones relacionadas específicamente con el control de la enfermedad de Chagas. Además, la Organización había celebrado reuniones con colaboradores para llegar a un acuerdo sobre el perfil de los métodos de diagnóstico y de tratamiento requeridos, que ya estaba listo para ser presentado a los interesados en participar en la tarea de investigación y desarrollo.

115. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE146.R14, mediante la cual recomendó que el 50.º Consejo Directivo respaldara la Estrategia y el Plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas.

Estrategia y Plan de acción para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita (documento CE146/15)

116. El Presidente se refirió al documento CE146/15 y ofreció el uso de la palabra.

117. El Comité recibió con beneplácito la estrategia propuesta y el plan de acción y elogió a la OPS por su liderazgo de la acción para eliminar la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita. Los miembros del Comité respaldaron la meta de la

eliminación y expresaron la esperanza de que la aprobación del proyecto de resolución al respecto ayudara a movilizar la acción y el apoyo para su logro en el 2015, que también contribuiría al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 (reducir la mortalidad de los niños), 5 (mejorar la salud materna) y 6 (combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades). Se señaló que, aunque era difícil prevenir otras modalidades de transmisión del VIH y la sífilis, ya que eso requeriría un cambio de comportamiento, la transmisión maternoinfantil podía prevenirse fácilmente con los instrumentos y métodos existentes. Los profesionales sanitarios, por consiguiente, tenían la obligación de asumir un compromiso con la meta de la eliminación para que ningún niño de la Región naciera con la infección por el VIH o con sífilis. Varios delegados describieron lo que estaban haciendo sus países para combatir la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita. Varios comentaron que sus actividades concordaban con las líneas de acción propuestas en la estrategia y en el plan de acción.

118. El Delegado de Suriname observó que los médicos jefes del Caribe se habían reunido recientemente para tratar el tema de la prevención de la transmisión congénita del VIH y la sífilis y habían señalado varias áreas que era necesario fortalecer para alcanzar la meta de la eliminación, entre ellas los algoritmos para las pruebas y el tratamiento, la validación de pruebas rápidas, la selección de un laboratorio de referencia regional, el fortalecimiento de los sistemas de seguimiento y evaluación, el fortalecimiento de la reglamentación a fin de garantizar la notificación y el tratamiento adecuado y humanitario de las personas infectadas, la participación comunitaria y estrategias convenientes para los usuarios en los niveles primario y secundario de atención de salud, y el liderazgo de los médicos jefes de la labor de eliminación en los países.

119. La mayoría de los delegados que se refirieron a este asunto apoyaron un enfoque integrado, pero una delegada preguntó si la integración de los servicios de atención prenatal con los servicios de salud sexual y reproductiva y los programas de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual (ITS) era apropiado en los países donde la infección por el VIH y la sífilis no eran generalizadas sino que se concentraban en zonas o grupos específicos. Afirmó que sería mejor procurar que todas las embarazadas fueran sometidas a un examen de detección de la sífilis y que se les ofreciera la oportunidad de someterse voluntariamente a pruebas de detección del VIH. La responsabilidad primordial por la prevención de la transmisión congénita del VIH y la sífilis correspondía a los programas de atención prenatal, aunque tales programas debían coordinar su trabajo con programas y servicios de salud. En consecuencia, propuso reemplazar el término “integración” con “coordinación” en la estrategia y el plan de acción y en el proyecto de resolución sobre el tema.

120. La Delegada del Brasil señaló un error en los datos presentados en el documento CE146/15 en cuanto al nivel de la serología positiva a la sífilis en su país, y varios delegados sugirieron mejoras para las líneas de acción propuestas y los indicadores para

el seguimiento. Una delegada propuso que se dijera “transmisión vertical” en vez de “transmisión maternoinfantil” en el título de la estrategia y plan de acción, pero otros delegados señalaron que ambos términos significaban lo mismo y el Comité decidió en último término mantener la frase “transmisión maternoinfantil”.

121. La doctora Gina Tambini (Gerenta del Área de Salud Familiar y Comunitaria de la OSP) observó que los comentarios del Comité mostraban un fuerte compromiso para poner fin al azote de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita, tarea que formaba parte de la agenda inconclusa de los problemas de salud que podían prevenirse con los instrumentos y las intervenciones actualmente disponibles. Agradeció las sugerencias del Comité con respecto al documento y el proyecto de resolución, que ayudarían a fortalecerlos.

122. La doctora Kathleen Israel (Coordinadora interina del Proyecto de Prevención, Tratamiento y Atención del VIH/ITS de la OSP) explicó que la Oficina había optado deliberadamente por referirse a la “integración” en la estrategia y el plan de acción, en vez de la “coordinación”, porque se pensaba que era mediante la integración que los programas serían sostenibles en un contexto de recursos humanos y económicos limitados. Sin embargo, la Oficina examinaría los méritos de ambos conceptos.

123. La Directora aclaró que lo que se proponía era la integración de actividades para la prevención y el control de la infección por el VIH/sida y las ITS en la atención prenatal, la salud sexual y reproductiva y los servicios conexos, y no necesariamente la integración de servicios de salud, que era una tarea más compleja. La Oficina aclararía qué se entendía por “integración” en el documento y en el proyecto de resolución.

124. La aclaración antedicha fue incorporada posteriormente en el proyecto de resolución, que fue aprobado por el Comité como resolución CE146.R15, mediante la cual el Comité recomendó que el 50.º Consejo Directivo respaldara la Estrategia y el Plan de acción.

Desarrollo de competencias del personal de salud en los sistemas de salud basados en la atención primaria (documento CE146/16)

125. El Presidente se refirió al documento CE146/16 y ofreció el uso de la palabra.

126. El Comité elogió la estrategia descrita en el documento, observando que la renovación de la atención primaria de salud implicaba necesariamente un énfasis renovado en la adaptación y ampliación de la competencia del personal de atención de salud. Se pensaba que la estrategia ayudaría a los países al armonizar la capacitación de sus profesionales de salud con las necesidades sanitarias de la población. También se recibió con beneplácito el énfasis de la estrategia en el uso de nuevos métodos y técnicas didácticas. Varios delegados subrayaron la necesidad de capacitar al personal de salud de

todos los niveles en el tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles, ya que los estudios y la experiencia indicaban que el personal de atención primaria de salud no era plenamente competente para prestar la asistencia necesaria.

127. Varios delegados describieron lo que estaban haciendo sus países para mejorar la competencia del personal de salud. Las iniciativas incluían convenios entre el ministerio de salud y universidades, a veces en otros países, para apoyar la formación en el campo de la salud pública. Sin embargo, se señaló que tal enfoque era muy costoso, y las delegaciones por consiguiente recibieron con beneplácito el énfasis de la estrategia en la creación de redes de aprendizaje en toda la Región, que permitirían a los países compartir cursos y programas en línea a un costo bajo o nulo, aunque también se señaló que el idioma podría ser una barrera para el uso de tales redes. Un delegado, refiriéndose al párrafo 20 del documento CE146/16, solicitó que se aclarara la definición de “marcos de competencias” y “redes de aprendizaje” utilizada por la OPS y pidió más información sobre la idea del sistema de incentivos. También expresó inquietud por la referencia en el párrafo 20 a “bienes públicos globales” y al intercambio de recursos abiertos de aprendizaje, recalcado la necesidad de respetar los derechos de autor y otros aspectos de la protección de la propiedad intelectual. Propuso que se suprimiera la referencia a los bienes públicos en el párrafo 1 del proyecto de resolución.

128. Algunos delegados informaron que sus países ya estaban usando un enfoque de educación permanente, y unos pocos estaban creando sus propios recintos universitarios virtuales, similares al descrito en la estrategia pero de menor alcance. Un delegado, señalando que su país carecía de los recursos necesarios para poner en marcha un recinto universitario virtual, dijo que, en cambio, estaba capacitando a los profesionales de la salud en sitios centralizados y enviándolos a zonas alejadas, donde, además de desempeñar sus funciones como médicos, capacitarían a personal adicional. Se sugirió que la OPS examinara más a fondo la forma de fortalecer las actividades de aumento de la capacidad en los Estados Miembros en las áreas del ciberaprendizaje y otras técnicas de educación a distancia. Un delegado, observando que la estrategia requería el uso de métodos de ciberaprendizaje dirigidos a todas las entidades del sistema de salud, señaló que quizá fuese difícil implementar un enfoque de ese tipo en los países con sistemas federales, ya que los programas de estudios de las facultades de medicina, enfermería y salud pública, así como sus requisitos y normas, eran establecidos por las autoridades subnacionales.

129. También se sugirió que la estrategia propuesta subrayara la importancia de incluir métodos educativos y de capacitación basados en datos probatorios, especialmente en el caso de los métodos que utilizaban nuevas técnicas de información y comunicación. Cuando se introducían técnicas nuevas, había que hacer evaluaciones apropiadas para determinar su eficacia. Además, la estrategia debía reconocer que, para las distintas competencias, quizá se necesitaran métodos de aprendizaje diferentes. Se señaló que, de

acuerdo con las normas nacionales, algunos trabajadores de salud a menudo tenían que realizar tareas que podían ser llevadas a cabo por otros trabajadores con un grado de competencia inferior y se sugirió que las estrategias para desarrollar la competencia del personal sanitario también procuraran la alineación del nivel de competencia con la complejidad de las tareas a realizar. También se señaló que una distribución diferente de algunas categorías de trabajadores de salud y la creación de nuevas categorías podrían constituir metas estratégicas.

130. Varios delegados observaron que en el documento de política no se mencionaba la necesidad de fortalecer la sensibilidad cultural y social del personal de atención primaria de salud que trabajaba, por ejemplo, con las comunidades indígenas.

131. El doctor Charles Godue (Asesor Principal en Recursos Humanos para la Salud, OSP) explicó que la estrategia propuesta formaba parte de un proceso de fortalecimiento de los sistemas de salud, en particular mediante la renovación de la atención primaria de salud, con miras a posibilitar el acceso generalizado a servicios de salud de buena calidad. La estrategia procuraba también efectuar una contribución a la mejora necesaria en la planificación de los recursos humanos, que tenía tres objetivos principales: permitir a las autoridades sanitarias basar la planificación de los recursos humanos en las necesidades reales manifestadas en los perfiles epidemiológicos de los países, mejorar la productividad de los recursos humanos y promover el desarrollo de recursos educativos abiertos que pudieran intercambiarse entre países, posibilitando de esa forma la realización de economías de escala y una mayor cobertura de los programas de aprendizaje. Un beneficio importante de la estrategia era que permitiría a los trabajadores de salud aprender y mejorar su competencia sin tener que salir de los lugares donde vivían y trabajaban.

132. Respondiendo a la observación acerca de la barrera del idioma, informó que, aunque la mayoría de los materiales disponibles estaban en español, se planeaba crear un recinto universitario virtual en inglés. El primer paso sería indicar las instituciones de los diversos países que pudieran efectuar las mejores contribuciones a una masa crítica de material didáctico. En respuesta a la preocupación expresada con respecto al uso de recursos abiertos, explicó que el recinto universitario virtual usaba plataformas abiertas. La meta era vincular plataformas patentadas y abiertas a fin de que pudieran funcionar como un sistema en el cual los países pudieran intercambiar experiencias. La propiedad intelectual se protegía por medio de una licencia de Creative Commons, que permitía reutilizar y modificar recursos con la condición de que se mencionara a los autores y los materiales no se usaran con fines de lucro. Por lo tanto, los países con recursos limitados podrían tener acceso a materiales y conocimientos desarrollados en países más ricos.

133. Con respecto a la pregunta acerca de los incentivos, dijo que la idea era impulsar a los trabajadores a que mejoraran su competencia, dándoles tiempo libre en el trabajo para participar en iniciativas educativas y acreditándoles la educación continua cuando lo

hicieran. La idea fundamental era promover la educación permanente y crear nexos entre el sector académico y los servicios de salud a fin de buscar soluciones comunes para los problemas que afectaban al sector de los servicios de salud.

134. El Comité aprobó la resolución CE146/R.8, mediante la cual recomendó que el 50.º Consejo Directivo aprobara la Estrategia para el desarrollo de competencias del personal de salud en los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud.

Salud, seguridad humana y bienestar (documento CE146/17)

135. El Comité recibió con beneplácito la oportunidad de tratar el tema de la salud, la seguridad humana y el bienestar, pero planteó algunas cuestiones y preocupaciones con respecto a algunas de las ideas y propuestas del documento conceptual y el proyecto de resolución sobre el tema. Los miembros estuvieron de acuerdo sobre la importancia y la actualidad del tema de la seguridad humana, pero opinaron que era necesario continuar trabajando para dilucidar el concepto y su relación con la salud y para aclarar cuál debía ser la función de la OPS en este campo. Una delegada opinó que era incorrecto referirse a “la relación entre la salud y la seguridad humana”, como se hacía en el párrafo 13 y en otras partes del documento, ya que la salud formaba parte de la seguridad humana. En consecuencia, el foco de la Organización debía ser indicar los problemas o los factores relacionados con la salud que contribuyeran a la seguridad humana. Otra delegada advirtió que no se debía extender el concepto de la salud y la seguridad humana hasta tal punto que fuese difícil plasmarlo en orientaciones de política concretas y en otras aplicaciones prácticas.

136. Varios delegados señalaron que algunos asuntos y acciones mencionados en el documento escapaban a la esfera de acción de la salud pública y que muchos de los problemas de salud pública tratados en el documento ya se abordaban en el Plan Estratégico 2008-2012 y en resoluciones, estrategias y planes de acción adoptados por los Cuerpos Directivos en los últimos años, como los relacionados con el cambio climático, la violencia, la igualdad de género, la salud mental, las enfermedades desatendidas, la nutrición, la inmunización, los preparativos para casos de desastre, la infección por el VIH/sida y el Reglamento Sanitario Internacional. Por consiguiente, la elaboración de una política, una estrategia y un plan de acción tal como se proponía en la resolución quizá fuera redundante y duplicara actividades ya en curso. Se sugirió, en cambio, integrar el concepto de la seguridad humana en las diversas áreas de trabajo de la Organización, y se señaló que tal enfoque concordaría con la naturaleza pluridimensional y multisectorial del tema. No obstante, algunos delegados opinaron que quizá fuese apropiado elaborar una política sobre la salud y la seguridad humana con miras a fomentar una mayor comprensión del concepto y facilitar su incorporación en marcos, resoluciones, estrategias y planes de acción existentes.

137. Una delegada dijo que todo cambio resultante de la aprobación del proyecto de resolución debía reflejarse en un presupuesto y plan estratégico futuro, a fin de evitar la necesidad de enmendar el presupuesto actual y el Plan Estratégico 2008-2012, y concordar con el programa y presupuesto de la OMS y el Programa Mundial de Trabajo.

138. La Delegada de México, refiriéndose al párrafo 21, pidió que se incorporaran algunos antecedentes en el documento para que se comprendiera mejor la situación en Ciudad Juárez.

139. El ingeniero Luiz A. Galvão (Gerente del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental de la OSP) agradeció a los delegados sus observaciones y sugerencias y dijo que la Oficina, en consulta con los Estados Miembros, trabajaría para aclarar el concepto de seguridad humana y su relación con el trabajo de OPS. A ese respecto, creía que era necesario distinguir entre la seguridad sanitaria y la seguridad humana, que era un concepto más amplio. Aseguró al Comité que la Oficina no tenía la intención de poner en marcha un programa nuevo sobre la seguridad humana, sino que deseaba fortalecer programas e iniciativas existentes que abordaran asuntos relacionados con la seguridad humana.

140. La Directora dijo que el objetivo principal de la Oficina había sido solicitar orientación de política de los Cuerpos Directivos sobre el enfoque que la Organización debía adoptar con respecto al tema de la seguridad humana, el cual, tal como el Comité había señalado, había sido tratado por los Cuerpos Directivos en el contexto de diversas resoluciones pero no había sido objeto de un análisis minucioso por separado. Confirmó que la Oficina no tenía la intención de crear una estructura o programa nuevo sino integrar la seguridad humana como orientación de política transversal en las estructuras y los programas existentes.

141. El proyecto de resolución sobre este tema fue enmendado teniendo en cuenta los comentarios y las recomendaciones del Comité y fue aprobado como resolución CE146.R18, en la cual el Comité recomendó que el 50.º Consejo Directivo aprobara una resolución a fin de solicitar a la Directora, entre otras cosas, que explorara la posibilidad de desarrollar lineamientos de política y herramientas metodológicas para la incorporación del enfoque de seguridad humana y su relación con la salud dentro de los programas y actividades de la Organización.

Estrategia y Plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica (documento CE146/18)

142. El Presidente se refirió al documento CE146/18 y ofreció el uso de la palabra.

143. El Comité aplaudió los esfuerzos de la OPS para reducir la desnutrición crónica y apoyó el enfoque multisectorial basado en datos probatorios mencionado en el

documento. Se expresó la opinión de que la estrategia abordaría tanto los determinantes como los efectos de la desnutrición crónica y ayudaría a eliminar un problema de salud que causaba preocupación porque seguía siendo prevalente en algunas partes de la Región. Sin embargo, el Comité indicó varias maneras en las cuales podrían mejorarse la estrategia y el plan de acción. Por ejemplo, se propuso rever el concepto de desnutrición crónica como sinónimo de retraso del crecimiento, el cual podría deberse a una infección o a otro problema de salud sufrido durante el período perinatal o en la primera infancia. Además, se sugirió que se especificara la norma de referencia utilizada para definir la baja talla para la edad.

144. También se hicieron varias sugerencias con respecto a las metas, los objetivos y los indicadores del plan de acción, que, en opinión de algunos delegados, era necesario rever para que se pudieran evaluar los efectos de la cooperación técnica y las intervenciones a nivel de país en la reducción de la desnutrición crónica. Una delegada, observando que la obesidad en la niñez estaba aumentando a una tasa alarmante, sugirió que en la estrategia y el plan de acción se abordara tanto la sobrealimentación como la desnutrición y que el proyecto de resolución sobre el tema se modificara en consecuencia. Un delegado indicó que la Oficina debía reconsiderar el uso de la tasa de pobreza extrema como único criterio para definir los “municipios vulnerables” y que se debía tener en cuenta también la prevalencia del retraso del crecimiento. El mismo delegado preguntó si las sumas estimadas que se indicaban en el anexo A del documento serían suficientes para alcanzar las metas y los objetivos del plan de acción. Una tercera delegada propuso que, en el objetivo 1 del plan de acción, se tuviera en cuenta que algunos países ya contaban con políticas, planes y programas de nutrición, salud y desarrollo y que, por consiguiente, se hiciera referencia al fortalecimiento de las iniciativas existentes. En cuanto al objetivo 2, sugirió que se agregaran algunas actividades para corregir las deficiencias de los sistemas de vigilancia, y en cuanto al objetivo 6, sugirió que se incorporara una referencia a la formación de alianzas estratégicas con iniciativas regionales existentes.

145. Se subrayó la importancia del seguimiento y la evaluación del progreso del plan de acción y los programas y las iniciativas nacionales, y se sugirió que en los procesos de evaluación participaran varias instituciones a fin de que la evaluación fuese objetiva e independiente. Se instó a la Oficina a que formara un equipo técnico interno para ayudar a los países con los procesos de planificación, ejecución, seguimiento y evaluación. Varios delegados informaron sobre programas y experiencias de sus países para mejorar la nutrición y se ofrecieron a compartir su pericia con la Oficina y con otros países de la Región.

146. La doctora Gina Tambini (Gerenta del Área de Salud Familiar y Comunitaria de la OSP) señaló que la desnutrición crónica, igual que varios de los demás temas tratados por el Comité, formaba parte de la agenda de salud pública inconclusa. Había tomado

nota con suma atención de las observaciones y sugerencias del Comité y las incorporaría en la versión revisada de la estrategia y el plan de acción que se presentaría al 50.º Consejo Directivo. Dijo que en el documento se señalaba la prevención y la reducción del sobrepeso y la obesidad como una de las metas de la estrategia, pero agregó que se haría más hincapié en ese aspecto de la desnutrición en la versión revisada del documento y en el proyecto de resolución.

147. Respondiendo a la sugerencia relativa a la formación de un grupo interno de apoyo para la planificación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación, dijo que el equipo intersectorial de la Organización dedicado al tema de la nutrición y el desarrollo al cual había hecho alusión anteriormente (véase el párrafo 53) estaba ayudando a los países a adoptar un enfoque integral de la totalidad del ciclo de vida que abordara los factores sociales determinantes de la desnutrición. La Alianza Panamericana para la Nutrición y el Desarrollo para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio también estaba apoyando a los países en esa tarea. El fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia y del seguimiento y la evaluación formaba parte de ese trabajo. Con respecto al presupuesto para la ejecución del plan de acción, aclaró que con los \$4,6 millones mencionados en el anexo A del documento se planeaba financiar solamente el trabajo de la Oficina en las etapas iniciales. La Oficina tenía la intención de aprovechar al máximo los recursos existentes en los países, y la colaboración de la OPS con otras instituciones en el marco de la Alianza Panamericana y las iniciativas interinstitucionales similares también ayudarían a realizar el trabajo previsto con el nivel de financiamiento propuesto.

148. Con respecto al retraso del crecimiento, explicó que la baja talla para la edad se consideraba como el marcador por excelencia de la desnutrición, ya que reflejaba la influencia de numerosos factores en el estado de nutrición, entre ellos la nutrición y el nivel de educación de la madre, la atención prenatal, el régimen alimentario y las prácticas de crianza.

149. La doctora Chessa Lutter (Asesora Regional en Alimentación y Nutrición, OSP) dijo que la norma de referencia para la talla para la edad era la norma publicada por la OMS en el 2006. Esa información se agregaría al documento.

150. La Directora aseguró al Comité que la Organización estaba trabajando para prevenir y reducir tanto la desnutrición como la sobrealimentación. Recordó que, cuando los Cuerpos Directivos habían tratado el tema del sobrepeso y la obesidad en el contexto de las enfermedades crónicas, se había puesto de relieve la necesidad de no descuidar el tema de la desnutrición crónica, que seguía siendo un grave problema entre los pobres de las zonas rurales de la Región, especialmente en las poblaciones indígenas. En efecto, la desnutrición crónica era el problema más vergonzoso de la agenda de salud inconclusa en las Américas. La Región era el principal exportador de alimentos del mundo pero no había logrado poner fin a los problemas del hambre y la desnutrición crónica. Era urgente hacerlo porque la desnutrición tenía consecuencias que iban mucho más allá de sus

efectos en la salud de las personas afectadas. Era un problema que se transmitía de una generación a otra: las madres desnutridas daban a luz a niños desnutridos, con menos capacidad para aprender y encontrar empleo productivo y, por consiguiente, con menos capacidad para generar ingresos, lo cual tenía repercusiones sociales de gran alcance y obstaculizaba la capacidad de desarrollo de los países.

151. La persistencia del problema se debía en parte a la fragmentación de la labor de las numerosas organizaciones dedicadas a combatir la desnutrición. El mero número de programas y proyectos llevados a cabo con el transcurso de los años había limitado su efecto. Por eso la Organización procuraba, por medio de la Alianza Panamericana para la Nutrición y el Desarrollo, enunciar una estrategia común y coordinar los recursos financieros, técnicos y humanos necesarios para ayudar a los países a establecer políticas y mecanismos que tuvieran un efecto real.

152. Las lecciones aprendidas de la experiencia anterior indicaban que había varios elementos importantes para el éxito. Ante todo estaban la voluntad política de alto nivel y el compromiso de todos los sectores e interesados directos para poner fin a la desnutrición crónica. Instrumentos de protección social tales como las transferencias condicionales en efectivo y la ayuda alimentaria a familias de bajos ingresos podrían ser medidas útiles provisionales, pero más importantes eran las iniciativas locales de desarrollo para dar poder de decisión a las familias y comunidades y permitirles alcanzar la autosuficiencia alimentaria.

153. Se hicieron varias modificaciones, incluidas las referencias a los problemas del sobrepeso y la obesidad, en el proyecto de resolución sobre este tema, que el Comité Ejecutivo aprobó como resolución CE146.R12, mediante la cual recomendó que el 50.º Consejo Directivo respaldara la estrategia y aprobara el plan de acción.

Fortalecimiento de los programas de inmunización (documento CE146/19)

154. El Presidente se refirió al documento CE146/19 y ofreció el uso de la palabra.

155. El Comité afirmó la importancia y la eficacia de la inmunización como herramienta esencial de salud pública y expresó su fuerte apoyo al Programa Ampliado de Inmunización y al Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas, que había facilitado el acceso equitativo a las vacunas a un costo asequible. También apoyó los esfuerzos de la OPS para fortalecer los programas nacionales de vacunación con miras a lograr niveles de cobertura de vacunación de 95% o más y a mantener los avances realizados en el control de enfermedades prevenibles mediante la vacunación al mismo tiempo que proseguía el trabajo para seguir avanzando. Se destacó la necesidad de una mayor vigilancia de los eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o a la inmunización (ESAVI), a fin de aliviar la preocupación del público por las vacunas y mantener la confianza en los programas de vacunación.

156. Una delegada preguntó si se podía conseguir la vacuna contra el virus de los papilomas humanos por medio del Fondo Rotatorio. Un delegado instó a la OPS a que apoyara a los países que reunían los requisitos a beneficiarse de la Alianza GAVI. La Delegada de México informó que, gracias a la mayor capacidad de producción nacional de vacunas, su país esperaba alcanzar la autosuficiencia en el abastecimiento de vacunas para el 2012 y expresó la esperanza de que ese logro contribuyera a la consecución de las metas regionales de inmunización. El Delegado de Argentina dijo que su país también estaba trabajando para fortalecer su capacidad de producción de vacunas.

157. Un delegado sugirió que se suprimiera la referencia a la inmunización como bien público en el proyecto de resolución sobre este tema, ya que no había ninguna definición internacionalmente acordada del término “bien público”. Otros, citando los éxitos asombrosos de la Región con la erradicación, la eliminación y el control de enfermedades prevenibles mediante la vacunación, afirmaron que la inmunización era indudablemente un bien público. El Comité aceptó en último término mantener la referencia a la inmunización como bien público, pero cambiando la redacción del tercer párrafo del preámbulo de la siguiente forma: “Reconociendo que algunos Estados Miembros han determinado que las inmunizaciones son un bien público...”.

158. La doctora Gina Tambini (Gerenta del Área de Salud Familiar y Comunitaria de la OSP) dijo que, como el Comité había observado, la inmunización había conducido a la erradicación y eliminación de algunas enfermedades, lo cual, a su vez, había llevado a una gran disminución de la mortalidad en la niñez. Era por ese motivo que se la consideraba como un bien público. Los éxitos de la Región con el control de enfermedades prevenibles mediante la vacunación podían atribuirse principalmente a los Estados Miembros. El compromiso de los gobiernos de la Región con el logro de una cobertura de vacunación elevada, plasmado en inversiones en programas nacionales de vacunación, había hecho de las Américas un modelo para el mundo. El apoyo de numerosos colaboradores multilaterales y bilaterales también había sido crucial.

159. La Organización había estado colaborando estrechamente con la Alianza GAVI desde su inicio y seguiría haciéndolo. Era motivo de gran satisfacción que los países de América Latina y el Caribe tuvieran un defensor —en el doctor Guillermo González, ex Ministro de Salud de Nicaragua— en la Junta de la Alianza GAVI. La OPS estaba preparada para apoyar al doctor González de cualquier manera posible.

160. La Directora señaló que los Estados Miembros tendrían una oportunidad en septiembre para celebrar los logros de la Región en el área de la inmunización durante la observación del 30.º aniversario de la erradicación de la viruela y del establecimiento del Fondo Rotatorio (véanse los párrafos 285 a 287). Reconoció el papel crucial que numerosos colaboradores habían desempeñado en esos logros, entre ellos los gobiernos de España, Estados Unidos de América y otros; las fundaciones March of Dimes y Bill y Melinda Gates; los participantes en la Iniciativa ProVac; los miembros del Grupo

Técnico Asesor Regional sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación; y los productores de vacunas. Destacó la importancia para la Organización, los Estados Miembros y los productores de vacunas de colaborar para mantener la confianza del público en los programas de vacunación y en la inocuidad y la eficacia de las vacunas.

161. El Comité aprobó la resolución CE146.R7, mediante la cual recomendó que el 50.º Consejo Directivo aprobara una resolución para ratificar los programas nacionales de vacunación como un bien público y respaldar la Estrategia Regional de Inmunización, así como su visión y objetivos.

Plan de acción de hospitales seguros (documento CE146/20)

162. El Presidente se refirió al documento CE146/20 y ofreció el uso de la palabra.

163. El Comité Ejecutivo expresó su fuerte apoyo al plan de acción y elogió a la OPS por sus esfuerzos para mejorar la capacidad de recuperación de los hospitales de la Región tras los desastres. Varios delegados describieron el trabajo en curso en sus países para mejorar la seguridad de los edificios e instalaciones nosocomiales, con la capacitación y concientización sobre la necesidad de hospitales seguros, la creación de redes para evaluar la seguridad de hospitales nacionales y estrategias para aumentar el uso del Índice de Seguridad Hospitalaria. Otros describieron ejercicios que consistían en la evaluación de los hospitales según el Índice de Seguridad Hospitalaria. Varios delegados observaron que dicho índice había proporcionado la credibilidad necesaria para convencer a los políticos y a los responsables financieros de que se necesitaban cambios y mejoras. También se informó que en algunos países que planeaban construir hospitales en los próximos años se aplicaría el índice para garantizar la seguridad del diseño y la construcción. Se señaló que, incluso en los países que no eran propensos a los huracanes o terremotos, los efectos del cambio climático estaban poniendo en peligro la integridad de los edificios nosocomiales.

164. Los delegados subrayaron la necesidad de cooperación técnica para que los países de la Región pudieran ejecutar el plan de acción e intercambiar experiencias y prácticas óptimas, y recalcaron que la capacitación sería un elemento clave de la asistencia técnica. El Delegado de Estados Unidos de América sugirió que la OPS obtuviera la asistencia de expertos técnicos y promoviera el intercambio de información y la capacitación sobre la construcción de hospitales seguros, y dijo que a su país le complacería proporcionar apoyo técnico en ese sentido. El Delegado de Haití recibió con beneplácito el plan de acción y señaló que los hospitales haitianos en general se habían construido con miras a evitar los daños ocasionados por los huracanes pero no por los terremotos, que antes de enero del 2010 no habían sido un problema importante: el último terremoto que había causado daños en Puerto Príncipe se había producido 200 años antes. Pidió que se hicieran estudios más pormenorizados de la construcción de hospitales que resistieran tanto los huracanes como los terremotos.

165. El doctor Jean-Luc Poncelet (Gerente del Área de Preparativos para Situaciones de Emergencias y Socorro en Casos de Desastre de la OSP) agradeció al Comité su apoyo a la iniciativa sobre hospitales seguros. Observó con satisfacción que la situación estaba cambiando: antes había habido una gran disposición para proporcionar asistencia en situaciones que causaran muertos y heridos, pero poco interés en prevenirlas en primer lugar. Gracias a la iniciativa de hospitales seguros, los gobiernos ahora estaban más dispuestos a invertir en la prevención para que los hospitales siguieran desempeñando sus funciones vitales después de un desastre. A fin de ofrecer un estímulo adicional a los Estados Miembros, la Oficina estaba considerando la posibilidad de crear un premio para reconocer a los países que habían logrado avances con la implementación de prácticas óptimas en el área de la seguridad hospitalaria. El premio serviría de incentivo a los países para intercambiar experiencias y conocimientos especializados sobre la mejora de la seguridad hospitalaria.

166. La Directora agregó que un cuarto de siglo después del terremoto de México que había destruido tantos de sus hospitales, era sorprendente que todavía se estuviera debatiendo una necesidad tan obvia como la de construir hospitales resistentes a los desastres. El premio anual propuesto, así como otros incentivos, ayudarían a dar mayor relieve al tema.

167. Señaló que era fundamental que las autoridades sanitarias negociaran más con los bancos y las instituciones financieras con objeto de obtener financiamiento adecuado para la construcción de hospitales, porque todavía había demasiados planes para construir hospitales que no cumplían las normas mínimas necesarias. Se necesitaban mejoras en los códigos de construcción de los países y en el área del seguro para la infraestructura pública, que actualmente estaba disponible solo en Estados Unidos y Canadá. Se necesitaba también una coordinación más estrecha con los arquitectos, los proyectistas y los constructores a fin de garantizar la seguridad de los edificios nosocomiales, así como alianzas con la comunidad académica, donde se había hecho un importante trabajo en el campo de la seguridad hospitalaria.

168. El Comité aprobó la resolución CE146.R6, mediante la cual recomendó que el 50.º Consejo Directivo aprobara el Plan de acción de hospitales seguros.

La salud y los derechos humanos (documento CE146/21, Rev. 1)

169. El Presidente se refirió al documento CE146/21, Rev. 1, y ofreció el uso de la palabra.

170. El Comité recibió con beneplácito el documento conceptual, que representaba una contribución valiosa para el análisis de la relación compleja entre la salud y los derechos humanos y para la protección de los derechos relacionados con la salud. Se expresó la opinión de que el documento también sería útil para guiar la respuesta de la OPS a la

demanda creciente de cooperación técnica con los Estados Miembros en asuntos relacionados con la salud y los derechos humanos. Los delegados reafirmaron el compromiso de sus gobiernos con el principio, consagrado en la Constitución de la OMS, de que todos tienen derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr. Sin embargo, se señaló que aunque algunos países reconocían ese derecho en su constitución y legislación, no era un derecho cuyo goce pudiera exigirse de acuerdo con la legislación nacional de todos los países, en particular aquellos en los cuales la responsabilidad por la salud estaba comprendida en la jurisdicción de niveles subnacionales de gobierno.

171. El Comité expresó su acuerdo en general con el contenido del documento conceptual y apoyó el proyecto de resolución sobre el tema. Sin embargo, se propusieron varias mejoras y modificaciones en ambos. Varios delegados opinaron que debía modificarse la definición de “grupo vulnerable”. Se señaló que, en lugar de hacer referencia a “grupos vulnerables”, en el documento conceptual se debía usar el término preferido en los órganos internacionales de derechos humanos: grupos en situación de vulnerabilidad. También se opinó que en el documento no se debía hacer alusión específicamente a los “grupos más vulnerables”, ya que tales grupos se enfrentaban con ciertas desventajas con respecto al goce de los derechos relacionados con la salud. Varios delegados opinaron que la lista de tales grupos contenida en el párrafo 13 del documento conceptual debía ampliarse para incluir a los niños, entre ellos los recién nacidos, y los migrantes, entre ellos los migrantes no documentados. Una delegada sugirió que se incluyeran también las minorías pobres, étnicas y raciales, las víctimas de la violencia, los refugiados, los presos y los detenidos, los hombres que tienen relaciones homosexuales, las personas bisexuales y transgénero y los trabajadores sexuales.

172. Se señaló que las descripciones de las relaciones básicas entre la salud y los derechos humanos contenidas en los párrafos 8 a 10 del documento conceptual eran demasiado generales, ya que podían aplicarse a cualquiera, y no solo a los grupos vulnerables. También se sugirió que, en la sección de antecedentes, se proporcionara más información sobre documentos anteriores de la OPS y otros documentos vinculados a la propuesta formulada en el documento. Una delegada, observando que el documento conceptual contenía diversas referencias a un “enfoque basado en los derechos humanos” en los programas y el trabajo normativo de la OPS, recalcó que el trabajo de la OPS debía basarse, ante todo, en datos probatorios.

173. Se sugirió que, además de las disposiciones de carácter obligatorio de los instrumentos de derechos humanos a las cuales se hacía referencia en el documento conceptual, se debía tener en cuenta la interpretación de las disposiciones reflejada, por ejemplo, en los comentarios generales del Comité sobre los derechos económicos, sociales y culturales y en los informes de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. También se señaló que los instrumentos de derechos humanos mencionados en el documento no se aplicaban de manera uniforme a todos los Estados Miembros.

174. Se propusieron numerosas modificaciones del proyecto de resolución, de acuerdo con las sugerencias hechas con relación al documento conceptual y al trabajo de la OPS con respecto a la salud y los derechos humanos.

175. El señor Javier Vásquez (Asesor de la Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos de la OPS) observó que el tema de la salud y los derechos humanos había sido tratado por los Cuerpos Directivos y había sido un foco del trabajo tanto de la Oficina como de las autoridades sanitarias nacionales durante un decenio, aproximadamente. Había sido un reto para la Oficina tratar de plasmar todo ese trabajo en un documento conceptual breve, y agradecía las sugerencias del Comité con respecto a las mejoras necesarias. Señaló que el mandato para el trabajo de la OPS en esta área constaba en el Plan Estratégico 2008-2012, específicamente el objetivo estratégico 7 (Abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos) y el RPR 7.4 (Los enfoques de la salud éticos y basados en los derechos humanos son promovidos dentro de la OPS/OMS y a los niveles nacional, regional y mundial). Con respecto a la inclusión de grupos vulnerables diferentes de aquellos enumerados en el documento conceptual, explicó que los grupos mencionados en el documento se habían incluido porque habían sido el tema de resoluciones anteriores de los Cuerpos Directivos en relación con la salud y los derechos humanos. Por lo tanto, la Organización ya tenía un mandato con respecto a esos grupos.

176. La Directora opinó que no sería sensato tratar de incluir una lista exhaustiva de todos los grupos en situación de vulnerabilidad porque algunos quedarían necesariamente excluidos de la lista. Por ese motivo, la Oficina había decidido incluir solo los grupos que habían sido el tema de resoluciones anteriores de la OPS. La Oficina trataría de aclarar la justificación de esa decisión en la versión revisada del documento conceptual que se presentará al Consejo Directivo.

177. En su opinión, un tema particular que había que abordar en el contexto del trabajo de la Organización en el ámbito de la salud y los derechos humanos era los derechos de los pacientes. Varios países de la Región habían elaborado o planeaban elaborar códigos de los derechos de los pacientes y la OPS estaba recibiendo un número creciente de solicitudes de cooperación técnica en esa área.

178. Respondiendo al comentario de que el trabajo de la OPS se basaba en datos probatorios, señaló que un enfoque de derechos humanos a veces era más eficaz que los datos netamente epidemiológicos para comunicar información sobre la salud a profesionales de otros sectores y al público en general. Por ejemplo, la OPS había pasado muchos años tratando, por medio de pruebas científicas, de disipar el mito de que los cadáveres podían causar epidemias tras un desastre, pero los medios de comunicación e incluso a veces algunos funcionarios públicos todavía seguían insistiendo en que los

cadáveres planteaban una amenaza grave para la salud pública. Cuando la Organización decidió encarar el tema desde una perspectiva de derechos humanos, subrayando tanto la importancia de identificar a los muertos como los derechos culturales y religiosos de los difuntos y sus familiares sobrevivientes, tuvo mucho más éxito. En consecuencia, un enfoque de derechos humanos a veces podía mejorar las políticas y las intervenciones de salud pública basadas en datos probatorios.

179. En vista de las numerosas enmiendas sugeridas para el proyecto de resolución, el Comité decidió formar un grupo de redacción encabezado por la delegación de México para alcanzar el consenso en una versión revisada de la resolución. El texto revisado producido por el grupo de redacción fue aprobado por el Comité como resolución CE146.R16.

Situación de los Centros Panamericanos (documento CE146/22, Rev. 1)

180. El Presidente se refirió al documento CE146/22, Rev. 1, y ofreció el uso de la palabra.

181. La Delegada de Suriname observó que el documento decía que se fortalecería el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) para satisfacer las necesidades de los Estados Miembros; sin embargo, también decía que el laboratorio del CAREC principalmente apoyaría las actividades de vigilancia, lo cual, señaló, no concordaba con las necesidades de los Estados Miembros. Los Estados Miembros de la subregión del Caribe habían indicado de forma clara y reiterada que el CAREC tenía que servir de laboratorio de referencia acreditado para la subregión, ya que no había ningún otro laboratorio de referencia en el Caribe.

182. La Delegada de Canadá dijo que su gobierno estaba colaborando con la OPS para fortalecer al CAREC y al Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) durante la transición al Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA). Como parte de ese esfuerzo, el Organismo de Salud Pública de Canadá estaba colaborando estrechamente con la Organización para fortalecer la capacidad del CAREC en materia de laboratorios.

183. El doctor Carlos Samayoa-Castillo (Asesor Principal sobre Desarrollo Institucional de la OPS) dijo que uno de los objetivos principales de la creación del CARPHA era optimizar el uso de los recursos de los diversos centros del Caribe, incluidos los centros administrados por la OPS, el CAREC y el CFNI, a fin de satisfacer las necesidades de los países de la subregión, como el apoyo de laboratorio, y mejorar su viabilidad financiera.

184. La doctora Socorro Gross-Galiano (Subdirectora de la OPS), señalando que la creación del CARPHA era una iniciativa de los países de la Comunidad del Caribe, dijo

que todas las funciones del CAREC serían transferidas al CARPHA. Aseguró al Comité que la OPS estaba proporcionando todo el apoyo necesario para facilitar la transición al CARPHA.

185. La Directora señaló que, en virtud del acuerdo mediante el cual se establecía el CAREC, el principal foco de interés de su laboratorio era la vigilancia epidemiológica, y no los servicios clínicos de laboratorio. Como institución de salud pública, el CAREC nunca había tenido la capacidad para atender todas las necesidades en materia de laboratorios clínicos y de referencia de sus Estados Miembros y, por consiguiente, siempre había trabajado como parte de una red, colaborando con otros laboratorios, principalmente los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos pero también con los laboratorios de la red del Instituto Pasteur y con laboratorios de Canadá, Cuba y otros países. La Oficina había recomendado al grupo que supervisaba el establecimiento del CARPHA que considerara la posibilidad de implantar un mecanismo para ayudar a los Estados más pequeños del Caribe y a aquellos con la menor capacidad a nivel nacional; por ejemplo, sufragando el costo del transporte de muestras de laboratorio. En opinión de la Oficina, ese mecanismo era necesario para que todos los Estados tuvieran acceso igualitario a los servicios del CARPHA.

186. El Comité aprobó la resolución CE146.R9, mediante la cual recomendó que el 50.º Consejo Directivo aprobara una resolución para tomar nota de la transferencia exitosa de la administración del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) al Consejo Directivo del Instituto e instar a los Estados Miembros a que continuaran colaborando con la Oficina en la evaluación de los Centros Panamericanos con objeto de determinar si continúan ofreciendo la modalidad más apropiada y eficaz de cooperación técnica y a que continuaran trabajando en la redefinición de otras modalidades de funcionamiento y, cuando fuese oportuno, en la transferencia de su administración u operación a los Estados Miembros o a organizaciones subregionales.

Asuntos administrativos y financieros

Informe sobre la recaudación de las cuotas (documento CE146/23 y CE146/23, Add. I)

187. La señora Linda Kintzios (Tesorera y Asesora Principal sobre Servicios y Sistemas Financieros de la OSP), observando que en el documento CE146/23, Add. I, se proporcionaba información sobre las cuotas al 14 de junio del 2010, informó que, con posterioridad a esa fecha, la Organización había recibido pagos adicionales: \$12.850.242 de Canadá, \$12.197 de Costa Rica y \$38.463 de Paraguay. La recaudación de cuotas del año en curso ascendía a \$24,1 millones, o sea, 24% del total adeudado para el 2010, cifra que representaba un aumento en comparación con el 2009 y el 2008, años en que, para la fecha de la reunión del Comité Ejecutivo, se había recibido sólo el 14% y el 19% de las cuotas correspondientes al año en curso. Sin embargo, hasta ese momento sólo

16 Estados Miembros habían hecho pagos de cuotas del 2010. Once de esos 16 ya habían pagado las cuotas en su totalidad.

188. Como resultado de estrategia de la Directora para aumentar la tasa de recaudación de cuotas y el compromiso demostrado de los Estados Miembros, se había recaudado más de 78% de las cuotas atrasadas, lo cual dejaba un saldo pendiente de solo \$7,1 millones. La recaudación combinada de atrasos y cuotas del año en curso hasta la fecha sumaba \$49,3 millones, en comparación con \$38 millones en la misma fecha en el 2009. Los Estados Miembros habían aprovechado las diversas opciones disponibles para cumplir sus compromisos económicos con la Organización, entre ellas el pago en moneda nacional, el pago en cuotas y planes de pagos diferidos. Todos los Estados Miembros con planes de pagos diferidos los habían cumplido y ningún Estado estaba sujeto al artículo 6.B de la Constitución de la OPS.

189. La Directora observó que la estrategia de permitir a los Estados Miembros con atrasos adoptar un plan de pagos diferidos, que se había iniciado en la Región unos 10 años antes, había resultado muy positiva, permitiendo a los Estados Miembros cumplir sus obligaciones aun en épocas de restricciones financieras. Deseaba elogiar en particular el esfuerzo realizado por los gobiernos de Argentina, Cuba y Perú, que estaban por concluir sus planes de pago. Su cumplimiento de los planes había reducido la incertidumbre financiera para la Organización, lo cual había tenido un efecto muy positivo en su trabajo y en la planificación. Era digno de mención que, a pesar de las dificultades financieras de los dos últimos años, los Estados Miembros se habían mantenido al día con sus obligaciones con respecto a la Organización.

190. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE146.R1, mediante la cual agradeció a los Estados Miembros que ya habían efectuado pagos para el 2010 e instó a los demás Estados Miembros a que pagaran las cuotas pendientes cuanto antes.

Informe financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondiente al 2008-2009 (Documento oficial 337 y documento CE146/24, Rev. 1)

191. El doctor Douglas Slater (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité no había tratado el Informe Financiero real de la Directora para el 2008-2009 porque en marzo el Auditor Externo todavía no había concluido su examen de las cuentas de la Organización. Sin embargo, el Subcomité había recibido un panorama y se había informado que el presupuesto ordinario por programas de la Organización para el bienio estaba plenamente financiado, gracias en parte al hecho de que los ingresos varios para el bienio habían sido mayores de lo previsto y a que el Fondo de Trabajo estaba plenamente financiado, con \$20 millones, que era el tope autorizado. El Subcomité había expresado satisfacción porque la Organización había concluido el bienio con un presupuesto ordinario por programas plenamente financiado, a pesar de las dificultades económicas y financieras mundiales de los últimos años. Se

había señalado que, si se preveía que los ingresos excedentes para el bienio serían pequeños o nulos, la Organización debería ser lo más prudente posible con el uso de fondos de la Cuenta Especial.

192. El señor Esteban Alzamora (Contador Principal de la OSP) presentó un panorama de la situación financiera de la Organización, que se describía con más detalles en el Documento oficial 337. Informó que la Organización había concluido el bienio 2008-2009 con un excedente de ingresos del presupuesto ordinario sobre los gastos de \$4,2 millones. Sesenta y cinco por ciento del presupuesto ordinario bienal se había utilizado para sueldos y derechos del personal. Los gastos del presupuesto ordinario habían sido \$195,4 millones. Los gastos del presupuesto ordinario, los fondos fiduciarios y otros fondos habían sumado \$547 millones; los gastos de la asignación de la OMS a la Región y de otros fondos de la OMS habían alcanzado \$145 millones; y las actividades de adquisiciones en nombre de los Estados Miembros habían ascendido a \$689 millones.

193. En cuanto a los ingresos, las cuotas se habían presupuestado en \$191,3 millones para 2008-2009. La Organización de hecho había recibido \$158,9 millones en pagos del bienio en curso y \$35,4 millones correspondientes a años anteriores. Después de la transferencia de \$11,2 millones al Fondo de Igualación de Impuestos, las cuotas netas habían ascendido a \$183,1 millones. Los ingresos varios habían llegado a \$23,5 millones en 2008-2009, excediendo la cifra presupuestada de \$17,5 millones. La Organización había recibido \$50,5 millones para la compra de suministros estratégicos de salud pública por medio del Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública (el Fondo Estratégico), \$29,2 millones para compras por medio del fondo para compras reembolsables y \$666 millones para compras de vacunas y jeringas por medio del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas. Los fondos fiduciarios para programas de salud pública plurianuales habían alcanzado un total de \$325 millones en el bienio. El nivel de recursos de otros fondos de la OPS se había mantenido estable, en \$60 millones. El financiamiento de la OMS había aumentado a \$144,4 millones, es decir, 20%, durante el bienio anterior. El Fondo de Trabajo estaba plenamente financiado, con \$20 millones.

194. El Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) habían concluido el bienio con un excedente de ingresos sobre los gastos de \$667.000 y \$336.000, respectivamente. En cuanto a la situación financiera del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá para 2008-2009 y los primeros 21 días de enero, los ingresos del presupuesto ordinario ascendían a \$1,47 millones y los gastos a \$1,61 millones, con un déficit de \$140.000. El Instituto había dejado de ser administrado por la OPS el 21 de enero del 2010.

195. El señor Damian Brewitt (Representante del Auditor Externo) presentó el Informe del Auditor Externo en nombre de la Oficina Nacional de Auditoría del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte. Le complació confirmar que la auditoría de los estados financieros no había revelado puntos débiles o errores sustanciales en lo que se refería a

su exactitud o carácter integral. En consecuencia, el Auditor Externo había emitido un dictamen de auditoría sin reservas. Además, la OPS había respondido apropiadamente a las recomendaciones más importantes de auditorías anteriores. Los resultados financieros globales mostraban que la OPS había respondido bien a las turbulencias de los mercados financieros y había salvaguardado el capital excedente para inversiones.

196. En el 2010, la OPS prepararía estados financieros anuales plenamente compatibles con las IPSAS, que proporcionarían a los Estados Miembros mejor información financiera, mostrando claramente el desempeño durante el año y una imagen cabal de los activos y pasivos. La OPS estaba progresando satisfactoriamente en la implementación de las IPSAS, pero un cambio tan grande representaba un riesgo para la Organización, y el Auditor Externo colaboraría estrechamente con la gerencia para examinar los preparativos. Ese apoyo incluiría una auditoría del formato y el contenido de una declaración provisional para aportar sugerencias antes de la preparación de las cuentas anuales.

197. El plazo para la certificación de los estados financieros vencía el 14 de abril, meta que constituiría un reto. La OPS no debía subestimar las repercusiones en el volumen de trabajo del personal de finanzas y debía procurar que se dispusiera de suficientes recursos para apoyar la transición. Además, debían hacerse las mejoras necesarias en los sistemas financieros de la Organización.

198. La cobertura de seguro de enfermedad tras la separación del servicio representaba un gran pasivo en el futuro. De acuerdo con las políticas de contabilidad actuales, ese pasivo no aparecía en el balance, pero una vez que se implementaran las IPSAS tendría que figurar en el total. La OPS había obtenido un cálculo actuarial de \$181 millones para el pasivo potencial, que destacaba la importancia de tener un plan a largo plazo para cumplir esas obligaciones cuando vencieran en años venideros.

199. En el área de la gobernanza, la OPS había establecido un Comité de Auditoría (véanse los párrafos 37 a 44), que tendría un papel clave en la supervisión de la preparación de los estados financieros y la transición a las IPSAS, y también debía desempeñar un papel en la selección de un nuevo Auditor Externo cuando concluyera el mandato actual. La Oficina de Auditoría del Reino Unido no pediría que se renovara su nombramiento, ya que, de acuerdo con las prácticas óptimas, los proveedores de servicios de auditoría externa debían rotar. Sin embargo, si la OPS no encontraba un auditor reemplazante, estaría dispuesta a continuar prestando sus servicios.

200. En opinión del Auditor Externo, la buena gobernanza exigía una gestión eficaz de los riesgos, y uno de los componentes importantes de esa tarea era la preparación de un registro para indicar y vigilar los riesgos. La OPS debía establecer un registro de riesgos a nivel de toda la organización, centrado en un número pequeño y manejable de riesgos estratégicos de alto nivel que pudieran afectar a la ejecución del programa de actividades

acordado. La Organización también debía formular una “declaración sobre el control interno”, es decir, una declaración hecha por el jefe de una organización con el propósito de asumir personalmente la responsabilidad del mantenimiento de los controles internos a lo largo del año. La declaración debía incluir una evaluación del entorno general de control, complementada por una opinión anual del mecanismo de supervisión interna. Debía destacar cualesquiera puntos débiles de los controles y las medidas tomadas para mitigarlos, mejorando de ese modo la rendición de cuentas de la gestión y la transparencia de las operaciones.

201. Como parte de la auditoría se habían hecho diez viajes a países y se habían visitado ambos centros subregionales. Se había observado que la OPS había fortalecido la supervisión de las representaciones y mejorado los controles financieros a nivel local. Sin embargo, todavía había margen para mejorar la documentación y la retención de comprobantes en el área de las adquisiciones. En las visitas de auditoría a las oficinas subregionales se habían señalado los riesgos relacionados con el retraso de la separación planeada del CAREC y el CFNI de la OPS y la necesidad de establecer un calendario claro. El informe también destacaba la necesidad de que las cuotas para el CAREC y el CFNI se recaudaran con prontitud; las sumas adeudadas eran importantes para la solidez financiera de esas instituciones.

202. El Auditor Externo había efectuado otra auditoría de los estados financieros del Instituto de Nutrición para Centroamérica y Panamá (INCAP) y no había encontrado puntos débiles o errores sustanciales en lo que se refiere a su exactitud. El déficit de \$140.000 se había debido principalmente a los costos adicionales de la extensión del período contable hasta el 21 de enero del 2010 y se había financiado con el Fondo de Trabajo, que desde entonces se había repuesto con los fondos recibidos en el 2010. El Auditor Externo había señalado algunos riesgos para la solidez financiera del Instituto, en particular una disminución de las contribuciones voluntarias y los ingresos correspondientes a proyectos, tendencias que probablemente reflejaban la incertidumbre del período anterior a la separación. En términos generales, sin embargo, el Auditor Externo había llegado a la conclusión de que la transición había sido bien administrada y que los saldos de los fondos habían sido transferidos correctamente.

203. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el informe sobre la buena situación financiera de la Organización y en particular el dictamen de auditoría sin reservas, que demostraba que la administración cuidadosa de los recursos había permitido a la Organización superar la crisis financiera sin sufrir grandes pérdidas. Era evidente que la imagen de la OPS como socio financiero confiable era una razón fundamental de las cuantiosas contribuciones voluntarias que había recibido, en particular el fuerte aumento de fondos para la compra de vacunas y otros suministros en nombre de los Estados Miembros.

204. Una delegada expresó preocupación por la suma muy grande que debería apartarse para sufragar los derechos futuros del personal y preguntó si la OPS había pensado en establecer un fondo de reserva con ese fin, como estaban haciendo otros organismos del sistema de las Naciones Unidas. Respaldó plenamente la observación del Auditor Externo en cuanto a las repercusiones en el volumen de trabajo del personal de finanzas. La auditoría provisional de noviembre sería una medida muy importante para detectar riesgos y adoptar medidas correctivas. Además, ya que la implementación de las IPSAS era una responsabilidad no solo de la Oficina sino también de los Estados Miembros, y considerando la recomendación del Auditor Externo de mantener a los Estados Miembros informados, sugirió que se organizara un taller para los países sobre las implicaciones de las IPSAS. También apoyó todas las recomendaciones del Auditor Externo sobre la gestión de riesgos.

205. Otro delegado apoyó las recomendaciones del Auditor Externo con respecto a la actualización de los sistemas de informes financieros y la implementación de las IPSAS. Una tercera delegada puso de relieve la recomendación del Auditor Externo sobre la atención continua a la supervisión eficaz y los controles internos, especialmente en las representaciones.

206. El señor Alzamora agradeció la sugerencia con respecto al establecimiento de un fondo de reserva para los derechos futuros del personal. La OSP estaba examinando la factibilidad de ese concepto; el primer paso sería calcular el monto de la reserva que se necesitaría. También agradeció la sugerencia de organizar un taller sobre las IPSAS, que serviría para que los Estados Miembros se enteraran de la forma en que se presentarían los estados financieros de la Organización en el futuro.

207. La Directora recibió con beneplácito los comentarios positivos del Comité sobre la forma en que la Organización había salido incólume de la crisis financiera. Opinó que la contratación por la OSP de un experto en inversiones para apoyar y guiar el trabajo del Comité de Inversiones había sido una decisión prudente. Observó que la distribución regional de los recursos de la OMS había mejorado en beneficio de la Región de las Américas e instó a los Estados Miembros de la OPS que integraban el Consejo Ejecutivo de la OMS a que siguieran insistiendo en una distribución justa de los recursos.

208. Le complacía mucho a la OPS haber recibido un dictamen de auditoría sin reservas a fines de un período muy difícil, que incluyó la transferencia de la administración del INCAP a su propio Consejo Directivo. Aseguró al Comité que la Oficina prestaría suma atención a todas las recomendaciones del Auditor Externo, especialmente en las áreas de gestión de riesgos y controles internos. La Oficina estaba vigilando la situación de los tres Centros Panamericanos muy estrechamente. Se estaba avanzando constantemente en la reducción del déficit del CFNI y, en el caso de los dos centros del Caribe, la OPS había conservado la confianza de sus socios, que seguían efectuando contribuciones para los proyectos. Las contribuciones voluntarias para el

INCAP también habían continuado durante el período de transición, lo cual era un buen augurio para la sostenibilidad financiera futura del Instituto.

209. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE146.R2, mediante la cual autorizó, considerando el exceso de ingresos netos respecto al gasto, una transferencia de otros \$2,0 millones de la Cuenta Especial para la reposición del Fondo Maestro de Inversiones de Capital, en conformidad con la resolución CSP27.R19 (véase una explicación más pormenorizada de este asunto en los párrafos 215 a 221).

Proceso para el nombramiento del Auditor Externo de la OPS para los bienios 2012-2013 y 2014-2015 (documento CE146/25)

210. La señora Linda Kintzios (Tesorera y Asesora Principal sobre Servicios y Sistemas Financieros de la OSP) recordó que el proceso para el nombramiento del Auditor Externo había sido presentado por primera vez a los Cuerpos Directivos y había sido aprobado por el Consejo Directivo en el 2006. Cuando se siguió el proceso para los bienios 2008-2009 y 2010-2011, se recibió una sola candidatura. En consecuencia, deseaba instar a todos los Estados Miembros a que presentaran la candidatura de auditores de prestigio internacional —concepto que se definía en el documento— que tuvieran experiencia con auditorías en un ambiente multicultural y multilingüe.

211. En las deliberaciones del Comité Ejecutivo sobre este tema se propuso que la OSP considerara la posibilidad de adoptar un solo mandato de seis años, no renovable, para el Auditor Externo, que ofrecería un equilibrio entre la continuidad y un grado razonable de rotación y sería conducente al mantenimiento de la independencia.

212. La señora Kintzios, señalando que algunos organismos de las Naciones Unidas habían adoptado un arreglo de ese tipo, dijo que la Organización investigaría la factibilidad de la propuesta pero debía tener la seguridad, si el mandato no era renovable, de que recibiría candidaturas apropiadas para el mandato siguiente. De lo contrario, la Organización podría terminar sin un auditor externo.

213. La Directora observó que la práctica de la Organización había sido nombrar al Auditor Externo durante dos bienios, pero que consideraría la nueva propuesta antes de la publicación de la invitación a la presentación de candidaturas.

214. El Comité tomó nota del asunto.

Plan Maestro de Inversiones de Capital (documento CE146/26)

215. El doctor Douglas Slater (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) dijo que el Subcomité había examinado un informe sobre los proyectos financiados con el Fondo Maestro de Inversiones de Capital a nivel regional y de país y

había examinado una solicitud de la Directora de que se transfirieran otros \$2 millones del excedente de ingresos sobre los gastos del Presupuesto Ordinario por Programas para 2008-2009 al Fondo Maestro de Inversiones de Capital. En las deliberaciones subsiguientes, los miembros del Subcomité habían afirmado que el Fondo Maestro de Inversiones de Capital constituía un mecanismo sólido para financiar las inversiones necesarias en infraestructura y había recomendado que el Comité Ejecutivo aprobara la solicitud de la Directora.

216. Sin embargo, algunos delegados habían dicho que se necesitaba un análisis más detallado del trabajo en algunos de los proyectos del Fondo. Se había señalado, por ejemplo, que en varios casos no había ninguna indicación clara de cuánto dinero se había gastado en comparación con lo que se había presupuestado. También se había señalado que sería útil tener un panorama completo de los proyectos de tecnología de la información financiados con el Fondo Maestro de Inversiones de Capital, de los financiados con la Cuenta Especial y del trabajo propuesto de actualización del sistema de gestión institucional de la OSP, en lugar de examinar esos proyectos en tres rubros separados. El Subcomité también había solicitado información adicional sobre los daños ocasionados a las instalaciones de la OPS por los terremotos de Haití y Chile y sobre los planes para mejorar la seguridad física de todas las instalaciones de la OPS.

217. El señor Edward Harkness (Gerente del Área de Operaciones de Servicios Generales de la OSP) resumió las modificaciones que se habían hecho en el informe teniendo en cuenta los comentarios del Subcomité. En particular, se refirió a un Plan Maestro de Inversiones de Capital, que abarcaba tanto los proyectos financiados con el Fondo Maestro de Inversiones de Capital como aquellos que se financiarían con la Cuenta Especial. Además, en el anexo que mostraba los proyectos para el bienio 2010-2011 se habían combinado los proyectos financiados con el Fondo Subsidiario de Bienes Inmuebles y Equipo y con el Fondo Subsidiario de Tecnología de la Información, a fin de mostrar su complementariedad, tal como lo habían solicitado varios Estados Miembros.

218. Una delegada dijo que, aunque el documento había mejorado, todavía había áreas en las cuales la información no estaba clara. El señor Harkness respondió que se realizarían mejoras en la próxima versión del documento.

219. Respondiendo a la solicitud de información acerca de los daños sufridos por las instalaciones de la OPS a raíz de los grandes terremotos recientes, dijo que, en Chile, se habían hecho arreglos para trasladar la representación de la OPS/OMS a un edificio ubicado junto al edificio de la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (CEPAL), que también tenía la ventaja de que el alquiler era más bajo. El edificio de la representación de la OPS en Haití tenía dos partes, y la tarea actual consistía en reforzar la parte más nueva, una ampliación hecha cerca de 10 años antes. Se esperaba que el personal pudiera mudarse de sus actuales oficinas temporales en instalaciones portátiles a esa parte del edificio en unos tres meses. Después se haría un

estudio de los costos y beneficios relativos de reparar y mejorar la parte más vieja, un edificio de 1910, o demolerlo. Gran parte del trabajo sería financiado con el Fondo Maestro de Inversiones de Capital.

220. La Directora recordó que, en el caso de Chile, había una reserva del presupuesto para proyectar un edificio nuevo en la propiedad asignada por el gobierno, cerca del edificio de la CEPAL. Como Chile ahora tenía un gobierno nuevo, la OPS estaba examinando la propuesta antes de pedir que se confirmara el compromiso de proporcionar los recursos para el edificio nuevo. También informó que, dentro de dos meses, comenzaría la obra de renovación de un edificio asignado por el Gobierno de Uruguay, que incluiría un piso designado para la representación de la OPS/OMS y el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), y que en agosto el Gobierno de Suriname inauguraría nuevas oficinas de la OPS.

221. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Situación de los proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial de la OPS (documento CE146/27)

222. El doctor Douglas Slater (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) dijo que el Subcomité había recibido un informe sobre la situación de los proyectos cuyo financiamiento con fondos de la Cuenta Especial había sido aprobado por el 48.º Consejo Directivo y había examinado cambios propuestos en el financiamiento autorizado para 2010-2011. Sin embargo, los miembros del Subcomité habían opinado en general que no se disponía de suficiente información sobre los proyectos para formular una recomendación al Comité Ejecutivo. Por ejemplo, aunque en los perfiles de varios proyectos se indicaba que se había gastado una parte del presupuesto original, no se proporcionaba información sobre lo que se había hecho concretamente. En otros casos se solicitaba financiamiento pero no había ninguna indicación de su posible fuente. El Subcomité también había opinado que, como la tasa de ejecución de proyectos había sido bastante baja, se necesitaba una mayor explicación de los retrasos o de la falta de progreso. Se había señalado que algunos proyectos del Fondo Maestro de Inversiones de Capital necesitaban financiamiento adicional de la Cuenta Especial pero las cifras de los informes del Fondo y de la Cuenta no concordaban. El Subcomité había indicado que debían aclararse los tipos de proyectos que serían financiados con fondos de cada una de esas dos fuentes.

223. Se había acordado que, para que el Subcomité pudiera formular recomendaciones al Comité Ejecutivo, la Oficina suministraría la información necesaria sobre las razones de la solicitud de las sumas adicionales, resolvería cualquier discrepancia financiera entre los diversos documentos y compilaría cualquier otra información que el Subcomité necesitara. Después, el Subcomité deliberaría por medios electrónicos. Con ese fin, la

Oficina había establecido un sitio web, y el resultado del proceso de consultas electrónicas se reflejaba en el documento CE146/27.

224. El señor Román Sotela (Asesor Principal sobre Gestión del Programa y Presupuesto de la OSP) informó que, después de la sesión del SPPA, se había celebrado una reunión interna con todos los autores de los perfiles de proyectos para abordar las cuestiones planteadas por el Subcomité. En consecuencia, se había reconfigurado el documento: los perfiles del proyecto ahora estaban vinculados al Plan Estratégico y se habían ampliado las observaciones para explicar las razones de la ejecución lenta del primer tramo y las actividades previstas para el segundo. Además, se habían eliminado las discrepancias en las cifras relativas al financiamiento.

225. El Comité Ejecutivo agradeció las mejoras del documento, que encontró mucho más informativo que la versión presentada al Subcomité. Una delegada, observando que la Oficina hasta ese momento había hecho un uso muy prudente de los fondos de la Cuenta Especial, preguntó si había un criterio a más largo plazo sobre el uso de recursos de dicha cuenta.

226. El señor Sotela dijo que suponía que, según el resultado de las deliberaciones sobre los sistemas de información de la Organización (véanse los párrafos 60 a 79), se podría asignar una parte de los fondos de la Cuenta Especial para financiar esa tarea, lo cual sería muy costoso.

227. La Directora agregó que la disponibilidad de fondos en la Cuenta Especial quizá fuese una singularidad resultante de las circunstancias financieras inusuales de un bienio particular. En consecuencia, la Oficina era profundamente consciente de que los fondos no debían usarse para comenzar proyectos que generaran costos fijos, sino para financiar proyectos que aumentaran la eficiencia del trabajo de la Organización y le permitieran hacer más con el mismo nivel de recursos. El proyecto 3(a) de la Cuenta Especial, de \$1 millón, había consistido en estudios preliminares de la modernización del Sistema de Información Gerencial de la OSP. Como resultado de ese proyecto, ahora se podían presentar al Consejo Directivo algunas opciones definitivas. Una vez que el Consejo hubiera seleccionado una opción, la Oficina presentaría al SPPA una nueva propuesta con respecto a la manera de proceder. Una de las posibles formas de financiar la actividad sería con fondos en la Cuenta Especial. Quizá no fuesen suficientes para sufragar el costo en su totalidad, pero al menos permitirían a la Organización dar el paso siguiente en el proceso.

228. Otra área en la cual tal vez fuese prudente invertir sería la continuidad de las operaciones de la Organización. Recordó una época a principios de año en que el tiempo inclemente había causado apagones, roturas de cañerías y fallas de computadoras, justo cuando la Organización estaba trabajando intensamente para mejorar la situación tras el terremoto de Haití. Eso había servido de advertencia de que la Organización necesitaba

copias de respaldo y sistemas de reserva para mantener la continuidad en situaciones de crisis.

229. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe y aprobó los cambios propuestos en el financiamiento autorizado para el período 2010-2011.

Examen del cargo establecido para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros (documento CE146/28, Rev. 1)

230. La señora Sharon Frahler (Gerenta del Área de Gestión de Recursos Financieros de la OSP) resumió la información presentada en el documento CE146/28, Rev. 1, sobre los mecanismos de compras de la Organización, poniendo de relieve el gran aumento de los recursos que pasaban por esos fondos. Explicó que, desde el inicio del mecanismo de Compras Reembolsables en 1951, se había establecido un cargo de 3% sobre el costo neto de los productos adquiridos. De conformidad con la resolución CD28.R36 (1981), ese cargo se acreditaba en el Fondo Especial de Gastos de Apoyo a Programas para solventar una parte de los gastos relacionados con la administración del mecanismo de compras. En cambio, desde el inicio del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas, el cargo de 3% pagado por los Estados Miembros se depositaba en la cuenta de capitalización del Fondo, aumentando de ese modo los fondos a disposición de los Estados Miembros para la compra de vacunas e insumos conexos. De manera análoga, el cargo de 3% sobre el costo neto de los productos adquiridos mediante el Fondo Estratégico se destinaba a la cuenta de capitalización del Fondo. Del mismo modo que ocurría con el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas, no se usaba nada del cargo de 3% para sufragar los costos relacionados con las compras, incluido el personal.

231. Habida cuenta del notable crecimiento en las compras de la Organización, la OSP proponía aumentar el cargo de 3% a 3,5%, destinando el 0,5% adicional al Fondo Especial de Gastos de Apoyo a Programas. Con los ingresos adicionales se podrían financiar puestos adicionales para apoyar las actividades de compras. Otros organismos de las Naciones Unidas que facilitaban las compras en nombre de sus Estados Miembros y colaboradores cobraban un cargo de 4% a 5%. Por lo tanto, incluso con el aumento propuesto de 0,5%, la OPS todavía estaría cobrando uno de los cargos más bajos del sistema de las Naciones Unidas.

232. El Comité Ejecutivo reconoció la utilidad de los servicios de compras de la OPS y apoyó en general el aumento propuesto del cargo que cobraba por esos servicios, aunque algunos delegados preguntaron si un aumento de 0,5% sería suficiente. Varios delegados observaron que los recursos del Fondo Especial de Gastos de Apoyo a Programas cubrían solo una parte pequeña de los sueldos del personal que trabajaba directamente en la gestión de las compras y los insumos, y recalcaron que actividades tales como las compras en nombre de los Estados Miembros, que se financiaban con contribuciones voluntarias e ingresos de otras fuentes extrapresupuestarias, no debían subsidiarse

desproporcionadamente con fondos del presupuesto ordinario. Se pidió una aclaración con respecto al motivo por el cual, hasta ese momento, no se había retenido una parte de los cargos cobrados en relación con el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas y el Fondo Estratégico con la finalidad de destinarla al apoyo a programas, sino que esos cargos se habían destinado en su totalidad a la capitalización de los fondos. Se señaló que el mecanismo de compras reembolsables no había crecido mucho durante los últimos decenios, mientras que los otros dos mecanismos habían aumentado sustancialmente, y se sugirió que se fusionara el mecanismo más antiguo con uno de los otros dos.

233. Una delegada dijo que el aumento propuesto de 0,5% podría aceptarse provisionalmente y que el Comité podría volver a analizar el asunto más adelante, tras un estudio que realizaría la Oficina para determinar los gastos generales reales de las actividades de compras y las proyecciones de los aumentos de los costos. Otro delegado propuso aumentar el cargo a 4%, usando el segundo aumento de 0,5% para ayudar a financiar la modernización del Sistema de Información Gerencial de la OSP (véanse los párrafos 60 a 79). Una tercera delegada propuso combinar ambas propuestas: aceptar un aumento de 1% y solicitar a la Oficina que examinara más a fondo los costos reales. Se señaló que en el proyecto de resolución sobre este tema no se indicaba la fecha de entrada en vigor del aumento del cargo, de modo que se enmendó la resolución en consecuencia.

234. La señora Frahler confirmó que los recursos del Fondo Especial de Gastos de Apoyo a Programas no cubrían todo el costo de la administración de las actividades de compras de la Organización. Sin embargo, explicó que la OPS consideraba sus actividades de compras como parte de la cooperación técnica con los Estados Miembros. Aunque trataba de obtener el precio mejor posible para los insumos médicos que se adquirían en nombre de los Estados Miembros, la Organización no insistía en que se le reembolsara en su totalidad el costo de esa actividad. Sin embargo, la Oficina estaba dispuesta a realizar un estudio para determinar los costos reales de tales actividades, que incluían no solo los costos relacionados con los departamentos que intervenían directamente en la gestión de las compras y los insumos, sino también los costos del personal que trabajaba en el presupuesto por programas, la administración de recursos financieros, asuntos jurídicos y otras áreas.

235. Pasando a las razones del tratamiento diferente del cargo correspondiente a los tres mecanismos de compras, explicó que, cuando se creó el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas en 1977, se estableció el principio de que el cargo se acreditaría íntegramente a la cuenta de capitalización porque las normas de algunos gobiernos de la Región no permitían el pago anticipado de productos o servicios. De esa forma, la OSP podía prestar fondos de la cuenta de capitalización a esos gobiernos, hacer las compras con el propio Fondo y luego recuperar el dinero prestado en un plazo de 60 días. Con este procedimiento, algunos Estados Miembros tenían acceso a vacunas y jeringas que de otro modo no habrían podido obtener. El Fondo Estratégico que se creó en 1999 tenía una

estructura diferente y muy complicada, que pronto resultó impracticable. Los Estados Miembros pidieron que se estableciera una estructura similar a la del fondo para vacunas, y en el 2005 la Directora decidió que el enfoque más sencillo era que ambas estructuras fuesen idénticas.

236. Con respecto a la pregunta acerca de la continuidad de la existencia independiente del mecanismo de Compras Reembolsables, explicó que se había establecido originalmente en 1951 para adquirir equipo médico de toda clase. Posteriormente, cuando se establecieron los dos fondos rotatorios, las compras de vacunas y de insumos estratégicos de salud pública pasaron a esos fondos, lo cual llevó a una disminución en el uso del fondo original. La OSP sin duda podría considerar la posibilidad de fusionarlo con uno de los otros dos fondos, pero el mecanismo de Compras Reembolsables todavía se usaba mucho para la compra de ambulancias, material de laboratorio y otros insumos médicos que no se encuadraban realmente en los dos fondos rotatorios.

237. La Directora agregó que el mercado de las compras en los años cincuenta había sido muy diferente del actual. Algunos países ni siquiera tenían proveedores de ciertos productos médicos y tenían grandes dificultades o tenían que pagar costos exorbitantes para importarlos. Por lo tanto, el mecanismo había desempeñado sin duda un papel importante. Ahora se usaba menos, aunque había ayudado, por ejemplo, para una compra grande de ambulancias en el 2009. Señaló que el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas, en particular, también había beneficiado a la industria farmacéutica, ya que los pedidos grandes y garantizados le permitían hacer planes para el futuro y predicciones exactas del mercado.

238. Además, los dos fondos rotatorios habían producido beneficios para todos los Estados Miembros que no se limitaban a la reducción de los costos de sus adquisiciones en el ámbito de la salud pública. Cuando no se usaban para prefinanciar las compras de insumos, los \$60 millones que había aproximadamente en las cuentas de capitalización se habían agregado a la cartera de inversiones de la Organización, contribuyendo de ese modo al gran aumento de los ingresos varios en el bienio anterior. Aunque las tasas de interés habían bajado en el bienio actual, contar con un mayor volumen de fondos para invertir le había permitido a la Organización sobrevivir el período de dificultades financieras relativamente indemne.

239. Estuvo de acuerdo en que era importante tratar de no subsidiar actividades extrapresupuestarias con los ingresos del presupuesto ordinario. En vista de ello, la Oficina estaba tratando en la medida de lo posible de dar cabida al crecimiento de las compras sin un aumento equivalente de los recursos humanos. Sin embargo, en un estudio de los departamentos de compras de la Oficina llevado a cabo por un consultor externo se había indicado claramente que había que aumentar el número de puestos en algunas de esas áreas. La propuesta de un aumento de 0,5% en el cargo se había hecho

con la finalidad de que todo aumento de los costos fuese moderado en el difícil clima financiero actual.

240. Aunque recibió con beneplácito la disposición de algunos Estados Miembros para contemplar un aumento mayor, deseaba hacer una advertencia. La idea de usar un aumento adicional de 0,5% para financiar las mejoras del Sistema de Información Gerencial, si bien era interesante, también podía verse como un subsidio nuevo. No todos los Estados Miembros usaban todos los mecanismos de compras. Por lo tanto, la Organización podía estar usando recursos aportados solamente por algunos de los Estados Miembros para financiar una mejora que beneficiaría a todos, suscitando cuestiones de equidad. Sugirió que se aprobara el aumento de 0,5% en el bienio en curso, que la Oficina hiciera un estudio de los costos reales y que en el bienio siguiente se propusiera un aumento incremental.

241. Tras agradecer la explicación de las razones históricas de la asignación del cargo a las cuentas de capitalización, algunos delegados preguntaron si todavía era necesario asignar de esa forma el 3% en su totalidad, ya que ambos fondos rotatorios funcionaban desde hacía mucho tiempo.

242. La Directora se refirió a otro estudio realizado por un consultor externo sobre el funcionamiento financiero del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas. Ese estudio había indicado que, en vista del costo previsto de productos nuevos tales como la vacuna contra el virus de los papilomas humanos y la vacuna antineumocócica, el Fondo todavía no había alcanzado su nivel óptimo de capitalización.

243. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE146.R3, en su forma enmendada, mediante la cual recomendó que el Consejo Directivo aprobara un aumento del cargo que se aplicaba a la compra de insumos de salud pública, de modo que fuese de 3,5%, con efecto a partir del 1 de enero del 2011.

Asuntos relativos al personal

Modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CE146/29)

244. El doctor Douglas Slater (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había considerado varias modificaciones propuestas del Reglamento y el Estatuto del Personal durante su cuarta sesión. Se había informado que las modificaciones se clasificaban en dos categorías amplias: primero, aquellas que se consideraban necesarias para mantener la uniformidad con las normas y los procedimientos en materia de recursos humanos del régimen común de las Naciones Unidas; segundo, aquellas que se consideraban necesarias a la luz de la experiencia y en

aras de una gestión acertada de los recursos humanos. El Subcomité había tomado nota de las modificaciones propuestas del Reglamento y el Estatuto del Personal, así como del proyecto de resolución del Comité Ejecutivo, que figuraban en el documento CE146/29.

245. La señora Dianne Arnold (Gerenta del Área de Gestión de Recursos Humanos de la OSP) agregó que, además de los cambios importantes que se proponían, se habían hecho algunas correcciones de la redacción a fin de que el Reglamento y el Estatuto del Personal fuesen más claros. Destacó las modificaciones propuestas de los artículos 310.4, 410.1, 763 y 1230 del Reglamento del Personal y del artículo 4.3 del Estatuto del Personal, y explicó las razones de esos cambios. También señaló que, de conformidad con una recomendación formulada por la Comisión de Administración Pública Internacional a la Asamblea General de las Naciones Unidas, la escala de sueldos para la categoría profesional y las categorías superiores había aumentado el 3,04%. En consecuencia, se pedía al Comité Ejecutivo que aprobara los ajustes correspondientes a los sueldos para los puestos de Director Adjunto y Subdirector, con la fórmula “sin pérdida ni ganancia”, y que recomendara al 50.º Consejo Directivo el ajuste correspondiente del sueldo del puesto de Director.

246. La Directora opinó que el examen realizado por los Cuerpos Directivos de los cambios propuestos en el Reglamento y el Estatuto del Personal aseguraba que la Organización cumpliera sus obligaciones como parte del sistema de las Naciones Unidas y actuara como un buen empleador.

247. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE146.R13 y, por medio de ella, todas las modificaciones del Reglamento del Personal propuestas, y recomendó que el 50.º Consejo Directivo fijara el sueldo anual del Director en el nivel propuesto y aprobara la modificación del párrafo 4.3 del Estatuto del Personal, aclarando que en la contratación de personal debían tenerse en cuenta los principios de diversidad e inclusión.

Reforma del sistema de contratación en la OPS (documento CE146/30)

248. El doctor Douglas Slater (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) dijo que se había informado al Subcomité que, aunque en el 2009 se habían implementado dos tipos de contratos aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el 2008 (temporal y de plazo fijo), la Asamblea General de las Naciones Unidas había pedido a los organismos de las Naciones Unidas que aplazaran la implementación de los contratos continuos hasta que se resolvieran varias cuestiones. El Subcomité había señalado que el informe no contenía ninguna información sobre el progreso realizado en la OPS con la implementación de los otros dos tipos de contratos y había pedido que se incluyera esa información en el informe que se presentara al Comité Ejecutivo.

249. La señora Dianne Arnold (Gerenta del Área de Gestión de Recursos Humanos de la OSP) explicó que no había habido ningún cambio en el caso de los nombramientos de plazo fijo: muchos de los funcionarios de la Organización tenían contratos de ese tipo, que permanecían en vigor durante un período determinado, generalmente de dos años, y eran renovables. Con respecto a los nombramientos temporales, el Comité Ejecutivo había aprobado dos cambios en su 144.^a sesión: la posibilidad de prorrogarlos a dos años, en vez de la duración máxima de 11 meses, la cual había ocasionado grandes perturbaciones en el trabajo en curso, y algunas mejoras en las prestaciones del personal temporero, incluido el derecho a licencia en el país de origen y prestaciones por condiciones de vida difíciles en los casos apropiados. Esas modificaciones ya se habían efectuado y habían aumentando la flexibilidad de la Organización para utilizar funcionarios temporeros y facilitar la planificación de la fuerza laboral. Las repercusiones financieras habían sido mínimas, ya que las prestaciones superiores se habían aplicado a cuatro empleados solamente.

250. En cuanto a los nombramientos continuos, la Asamblea General había pedido a los diversos organismos que aplazaran su implementación al menos hasta enero del 2010, en espera de un examen de la gestión del desempeño y otros factores. Sin embargo, en la Asamblea General del 2009 no se había llegado a un consenso al respecto y se había pedido a la Secretaría de las Naciones Unidas que elaborara un nuevo modelo para los contratos continuos a fin de presentarlo en la Asamblea General siguiente, que tendría lugar en el último trimestre del 2010. Por consiguiente, la OPS seguiría aplazando la implementación de los contratos continuos.

251. También había habido cambios en los mecanismos de contratación de consultores. Anteriormente, los miembros del personal que tenían un contrato de consultoría de corto plazo se consideraban, durante el período de vigencia de su contrato, como empleados de la Organización. A partir de enero del 2009, ese tipo de contrato había sido reemplazado por el contrato de consultoría de la OPS, de acuerdo con el cual los contratistas ya no se consideraban como empleados. Los otros tipos de contratos que no formaban parte del cuadro orgánico también estaban consolidándose bajo el nuevo tipo de mecanismo de contratación, que posibilitaba una mayor uniformidad y equidad en la remuneración y las prestaciones.

252. La Directora observó que, aunque la OPS todavía no había implementado los contratos continuos, de acuerdo tanto con el pedido de la Asamblea General como con la decisión del Comité Ejecutivo, algunos organismos de las Naciones Unidas, incluida la OMS, lo habían hecho. La OSP estaba considerando cuidadosamente la experiencia de esos organismos. En vista de la escasez de recursos financieros, en algunos casos los contratos continuos representaban una carga. Algunas organizaciones habían optado por despedir personal en vez de dar contratos continuos. La Oficina seguiría observando la situación.

253. Aunque la adopción del nuevo tipo de contrato de consultoría sería beneficiosa en cuanto a la flexibilidad y la equidad, también traían aparejadas dificultades. La Oficina estaba trabajando en cooperación con la Asociación de Personal de la OPS/OMS y, en los casos comprendidos en la legislación laboral local, con el gobierno correspondiente para que tales personas fuesen tratadas de forma justa.

254. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS (documento CE146/31)

255. La señora Pilar Vidal (Representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS) destacó los asuntos que la Asociación de Personal deseaba poner en conocimiento del Comité. Recalcó que, si bien se había avanzado en la mejora de las condiciones de trabajo en la Organización, era necesario que la Administración de la OSP y la Asociación de Personal mantuvieran una relación de trabajo proactiva a fin de impulsar sus programas. La Asociación consideraba que la participación del personal en los procesos relacionados con los recursos humanos era esencial y de ninguna manera debía considerarse como una intromisión en las atribuciones de la Administración, que tenía la máxima responsabilidad por las decisiones relacionadas con el personal.

256. Durante el último año, la Asociación de Personal había estado colaborando en el manejo de diversos asuntos, entre ellos los arreglos contractuales, el bienestar del personal, el desarrollo y la capacitación del personal, la gestión del desempeño y el Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos. Se había progresado, pero algunos problemas no se habían resuelto plenamente. En particular, era necesario continuar trabajando en relación con el Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos para asegurar el derecho a la defensa, el derecho al debido proceso legal, el acceso inmediato al sistema interno de justicia y la adopción de decisiones en un tiempo razonable.

257. En el área de los arreglos contractuales, la Asociación de Personal consideraba que la Organización debía cumplir el mandato emitido por el Comité Ejecutivo en su 144.^a sesión de llevar adelante la ejecución de los contratos y hacer converger la política de la OPS con la de la OMS. La Asociación de Personal alentó a la Organización a que siguiera proporcionando a los funcionarios oportunidades de desarrollo profesional. En ese sentido, la Asociación de Personal opinaba que la práctica de reincorporar a funcionarios jubilados para ocupar puestos de gestión de forma temporaria negaba a la Organización la oportunidad de desarrollar la capacidad del personal más joven y eliminaba un incentivo para que el personal se esforzara por avanzar.

258. La Asociación agradeció la confianza en el personal y reiteró su compromiso de trabajar para alcanzar las metas de la Organización y de sus Estados Miembros en el importante campo de la cooperación internacional en materia de salud.

259. La Directora agradeció a la Asociación de Personal su dedicación al trabajo de la Organización y en particular su apoyo al personal en Chile y Haití, donde las condiciones de trabajo seguían siendo difíciles. Era consciente de las inquietudes del personal por el progreso en la reforma de los mecanismos de contratación y estaba buscando la mejor forma de proceder. Como había dicho antes (véase el párrafo 254), las decisiones al respecto tomadas en las Naciones Unidas y en la OMS estaban causando dificultades, incluso de índole financiera, ya que no siempre se disponía de los recursos financieros necesarios para llevar a cabo la reforma de los mecanismos de contratación. Sobre todo, eso tenía repercusiones en la seguridad laboral del personal: era probable que muchas personas perdieran el empleo como resultado de las reformas, de modo que era necesario alcanzar un equilibrio en lo que se refiere a las mejores opciones para que la Organización contara con personal de la mejor calidad y pudiera seguir cumpliendo su función de cooperación técnica sin recurrir a tipos de contratos que no fuesen compatibles con el principio del “trabajo digno” definido por las Naciones Unidas. Se trataba de un asunto al cual seguiría prestando suma atención.

260. El Comité Ejecutivo tomó nota de la intervención del representante de la Asociación de Personal.

Asuntos de información general

Informe de la OMS sobre el presupuesto por programas 2008-2009: evaluación de la ejecución (Informe resumido) (documento CE146/INF/1)

261. El doctor Mohamed Abdi Jama (Subdirector General de Administración General de la OMS) presentó el informe sobre la evaluación del presupuesto por programas 2008-2009 de la OMS, que abarcaba el desempeño de la Secretaría de la OMS en lo que se refiere a la consecución de los resultados previstos a nivel de toda la Organización establecidos en el presupuesto por programas 2008-2009. En dicho informe también se señalaban el progreso realizado y los principales logros en relación con los objetivos estratégicos establecidos en el Plan estratégico a plazo medio para el período 2008-2013. Además, se presentaba un resumen de la ejecución financiera, las lecciones aprendidas y los principales desafíos en relación con cada objetivo estratégico.

262. Señaló que, con ese informe, era la primera vez que la evaluación del desempeño se había presentado el año siguiente al bienio al cual se refería, ya que antes tales informes se habían presentado generalmente un año después. Antes de su publicación, el informe había sido examinado por funcionarios de la OMS que no habían participado en su redacción inicial. También había sido examinado por algunos Estados Miembros.

263. En relación con cada objetivo estratégico, en el informe de evaluación se presentaban los aspectos destacados del progreso y los logros de los Estados Miembros y se señalaba la contribución de la Secretaría de la OMS a la obtención de esos resultados. Recalcó que los motores del éxito eran los propios planes y programas nacionales de los Estados Miembros: la OMS se consideraba como un colaborador con esos programas y no procuraba imponer acciones o requisitos.

264. Cada resultado previsto a nivel de toda la Organización había sido clasificado como totalmente logrado, parcialmente logrado o no logrado, según se hubieran alcanzado o sobrepasado todas las metas, algunas de ellas o ninguna. Si un resultado previsto en particular no se había logrado en todas las regiones, se consideraba que la Organización en conjunto lo había logrado solo parcialmente. Sin embargo, estaba previsto que en las reuniones de Comités Regionales de septiembre y octubre, la OMS presentaría los resultados individualizados correspondientes a cada región. De los 81 resultados previstos a nivel de toda la Organización, 42 se habían logrado totalmente y 39 se habían logrado parcialmente. Ninguno había sido clasificado como “no logrado”.

265. En el informe también se mostraba la medida en que se habían movilizado de hecho los recursos necesarios para alcanzar cada objetivo estratégico. La distribución de fondos entre los objetivos estratégicos, es decir, la alineación de los recursos con las prioridades, seguía constituyendo una gran dificultad para la OMS. Los fondos recibidos estaban firmemente destinados en gran parte a un programa específico de investigación o a intervenciones específicas de control de enfermedades, lo cual no le permitía a la Organización utilizar los recursos de la forma que estimara conveniente.

266. Una de las lecciones aprendidas de la evaluación había sido que el establecimiento de metas de gran alcance con un plazo determinado, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y la creación de mecanismos de financiamiento como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria generaban considerables recursos y concentraban la atención en el logro de las metas. La evaluación también había destacado la necesidad de fortalecer los sistemas de salud. Sus deficiencias y la falta de recursos suficientes para los sistemas de salud y la gobernanza en el campo de la salud habían sido en gran medida el motivo por el cual no se habían alcanzado varias de las metas. Sin embargo, durante el bienio 2008-2009 se había observado una fuerte renovación del compromiso con los valores y los principios de la atención primaria de salud en todas las regiones, lo cual era un buen augurio para el futuro.

267. La Directora observó que tanto la OPS como la OMS estaban realizando una transición a la gerencia basada en resultados y que era necesario pulir los métodos para seleccionar indicadores, medir su logro e informar sobre los resultados a fin de rendir cuentas debidamente a los Estados Miembros.

268. Coincidió con la conclusión de que la vinculación de recursos de los donantes a programas o áreas particulares era un obstáculo para el progreso a nivel mundial y regional. Causaba especial preocupación que algunos de los objetivos estratégicos señalados como prioridades por los Estados Miembros no se habían alcanzado porque no se habían podido movilizar los recursos necesarios, en particular en el caso de las enfermedades crónicas, la salud ambiental y el cambio climático, e incluso con respecto a algunos de los objetivos estratégicos vinculados a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, como los relacionados con la salud maternoinfantil.

269. Veía una conciencia creciente de la necesidad de fortalecer los sistemas de salud y una mejor disposición de las organizaciones que proporcionaban financiamiento para reconocer la importancia de contar con sistemas y servicios fuertes, capaces de responder a la multitud de problemas de salud pública que surgían. Aunque las grandes inversiones en el control de las enfermedades transmisibles había sido sin duda necesaria, en vista de la pandemia (H1N1) 2009 y de otros sucesos recientes, estaba claro que, para responder de manera apropiada a las emergencias de salud pública, también se necesitaría una inversión sostenida en el desarrollo de sistemas de salud.

270. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Marco para la gerencia basada en resultados en la OPS (documento CE146/INF/2)

271. El doctor Douglas Slater (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) dijo que se había informado al Subcomité sobre el progreso de la Secretaría con la implementación de la gerencia basada en resultados de acuerdo con los cuatro componentes del marco para la gerencia basada en resultados en la OPS, que eran: primero, planificación; segundo, ejecución, y seguimiento y evaluación del desempeño; tercero, evaluación independiente y aprendizaje; y cuarto, rendición de cuentas. El Subcomité había elogiado a la Secretaría por el progreso realizado hasta ese momento en la implementación de la gerencia basada en resultados, especialmente en lo que se refiere a la planificación, y le había instado a que siguiera trabajando para fortalecer los otros aspectos del marco, en particular la rendición de cuentas. Se había recalcado la importancia del seguimiento y la evaluación constantes para fortalecer tanto la gerencia basada en resultados como el desempeño institucional en general y se había elogiado la decisión de la Directora de pedir a la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación que llevara a cabo un examen de las lecciones aprendidas hasta ese momento del proceso de gerencia basada en resultados. Se había subrayado la importancia del uso de indicadores apropiados para medir los resultados.

272. El Subcomité había formulado varias observaciones y sugerencias acerca de aspectos específicos del marco y del informe al respecto. Se había propuesto, por ejemplo, agregar la definición de varios términos al glosario. En cuanto a la política en materia de cartas de acuerdo descrita en el informe, los delegados habían preguntado si

había otros mecanismos que no fuesen las cartas de acuerdo para la cooperación con los países, si había un protocolo para la negociación de cartas de acuerdo y si la política respondía a las recomendaciones del Auditor Externo al respecto.

273. El doctor Isaías Daniel Gutiérrez (Gerente del Área de Planificación, Presupuesto y Coordinación de Recursos de la OSP) resumió el contenido del documento CE146/INF/2, observando que incorporaba los comentarios y las sugerencias de miembros del Subcomité. Explicó los elementos básicos de la gerencia basada en resultados y los cuatro componentes del marco de la OPS y describió el trabajo en curso con respecto a cada componente. Señaló que el componente de planificación armonizaba plenamente con la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y con el Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS para el período 2008-2013. Con respecto al último componente, es decir, la rendición de cuentas, señaló que se había elaborado una política en materia de delegación de autoridad, que constaba en el anexo D del documento. La Oficina seguiría poniendo a los Cuerpos Directivos regularmente al corriente de su progreso con la implementación de la gerencia basada en resultados.

274. En el debate subsiguiente, se felicitó a la Oficina por el progreso con la implementación de la gerencia basada en resultados y por sus esfuerzos para vincular el marco de la OPS con otros marcos estratégicos más amplios, como la Agenda de Salud para las Américas y el Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS. La Delegada de Canadá, observando que su gobierno había contribuido \$18 millones para apoyar el fortalecimiento institucional de la Organización, instó a la Oficina a que se cerciorara de que las oficinas de la OPS a nivel de país y subregión tuvieran la misma capacidad que la Sede para aplicar la gerencia basada en resultados. También instó a la Oficina a que tratara de contar con los recursos y la capacidad necesarios para recopilar y analizar los datos a fin de establecer puntos de comparación y medir los cambios con el transcurso del tiempo.

275. Las políticas presentadas en los anexos del documento tuvieron una buena acogida, en particular las relativas a la delegación de autoridad, que darían poder de decisión a los gerentes, y a la coordinación de recursos, que permitirían la transferencia de recursos entre entidades de la Organización y entre los objetivos estratégicos indicados en el Plan Estratégico 2008-2012. Se señaló que, para implementar la política en materia de delegación de autoridad, se necesitaría un cambio en la cultura de la Organización, y se pidió a la Oficina que suministrara información sobre la forma en que estaba aplicándose la política y en que estaba siendo recibida por los gerentes. Se señaló que en el Plan Estratégico se indicaban numerosos resultados previstos a nivel regional en relación con los cuales los Estados Miembros compartían la responsabilidad con la Oficina, y se sugirió que más adelante se tratara de reducir esos resultados previstos a un número más manejable.

276. El doctor Gutiérrez señaló que el Plan Estratégico ya se había modificado una vez a sugerencia de los Cuerpos Directivos y, en consecuencia, el número de metas de los indicadores se había reducido considerablemente. La Oficina seguiría ajustando los indicadores para reflejar las circunstancias cambiantes en los Estados Miembros. La Oficina también proporcionaría información actualizada acerca de la implementación de la política en materia de delegación de autoridad y las demás políticas y componentes del marco para la gerencia basada en resultados. Afirmó que, a fin de que el personal de todos los niveles de la Organización conociera por igual los principios de la gerencia basada en resultados, la Oficina, con el apoyo del Gobierno de Canadá, estaba preparando un curso de capacitación interactivo.

277. La Directora dijo que la implementación de la gerencia basada en resultados había implicado el desarrollo y la aplicación de varios instrumentos y marcos conceptuales que, si bien tenían un valor indudable, eran muy complejos y habían llevado mucho tiempo al personal. La Oficina estaba tratando de alcanzar un equilibrio apropiado en el uso del tiempo del personal de modo que el tiempo dedicado a las tareas relacionadas con la gerencia basada en resultados no restara tiempo a la función primordial de la Organización: la cooperación técnica con los Estados Miembros. El proceso de implementación de la gerencia basada en resultados, uno de cuyos aspectos era la modernización del Sistema de Información Gerencial de la OSP (véanse los párrafos 60 a 79), también había resultado ser muy costoso. Esperaba que otros países siguieran el ejemplo de Canadá y proporcionaran apoyo financiero a la Organización para fortalecer sus sistemas e impartir la capacitación necesaria con objeto de alcanzar una gerencia eficaz basada en resultados.

278. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Sistema de la OPS de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos (documento CE146/INF/3)

279. El doctor Douglas Slater (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) dijo que se había presentado al Subcomité un informe sobre el progreso realizado con la implementación del Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos (SGAIC) de la OSP, que comprendía un Código de Principios Éticos y Conducta, un programa relacionado con el acoso en el lugar de trabajo, un programa de declaración de intereses y un programa relacionado con la confidencialidad y la revelación de información. Se había informado al Subcomité sobre la creación de un sitio web del Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos a fin de proporcionar orientación al personal. El Subcomité había recibido con beneplácito el sólido programa de la OSP para abordar cuestiones relacionadas con la ética, la integridad y el manejo de conflictos, y había preguntado si otros organismos de las Naciones Unidas habían adoptado un enfoque similar, reuniendo estas cuestiones diversas pero afines en un solo sistema. También había preguntado si se había

proporcionado orientación a los funcionarios sobre la selección del mejor punto de entrada en el Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos o si esa decisión quedaba a criterio de cada funcionario.

280. En respuesta a las preguntas del Subcomité, el señor Philip MacMillan (Gerente de la Oficina de Ética de la OSP) había dicho que la OPS parecía ser un tanto diferente al combinar la integridad y la gestión de conflictos en un solo sistema. Esperaba que se pudiera establecer una red de oficinas de ética en todo el sistema de las Naciones Unidas para intercambiar información y prácticas óptimas. Había explicado que era importante que los miembros del personal tuvieran acceso al Sistema inicialmente en cualquier nivel porque les hacía sentirse sumamente cómodos y que el objetivo del sitio web era ayudar al personal a comprender cada recurso del Sistema en lo que se refiere a su confidencialidad, autoridad y capacidad para tomar decisiones.

281. Después de la presentación del tema por el doctor Slater, el señor MacMillan informó al Comité que, además de la información suministrada al Subcomité, el documento CE146/INF/3 también proporcionaba detalles sobre el trabajo del Comité Coordinador del SGAIC, cuya función era procurar que el Sistema funcionara eficazmente y proponer normas y procedimientos nuevos para mejorarlo. Una iniciativa reciente del Comité Coordinador del SGAIC había sido un examen del sistema de la OSP para la administración de justicia, incluidos los procedimientos que los funcionarios deben seguir para impugnar una decisión administrativa o disciplinaria tomada en su contra. El examen había tenido por objeto lograr que la administración del sistema de justicia fuera independiente, robusta y profesional y que funcionara oportunamente. El Comité Coordinador del SGAIC estaba examinando un informe sobre dicho examen y se preveía que estuviera listo para presentarlo a la Directora en julio. En reuniones recientes de responsables de ética de todos los organismos de las Naciones Unidas había preguntado a sus colegas si consideraban que el enfoque de la OSP concordaba con la práctica en otras organizaciones, lo cual parecía ser el caso.

282. La Directora dijo que la Oficina se había comprometido a dar poder de decisión a sus gerentes en muchas áreas diferentes, y no solo en las áreas de la resolución de conflictos y la administración de la justicia, para trabajar en colaboración con sus colegas de otras organizaciones, tanto de las Naciones Unidas como de los sistemas interamericanos. Esa colaboración se realizaba principalmente por medio de redes electrónicas, pero también se hacían reuniones presenciales. Tales encuentros eran importantes porque facilitaban el intercambio de experiencias y prácticas óptimas y ayudaban a mantener la uniformidad de la práctica en todo el sistema internacional. También contribuían al desarrollo profesional de los miembros del personal participantes y, por lo tanto, mejoraban los servicios que la Organización prestaba a los Estados Miembros.

283. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Preparativos para la mesa redonda sobre urbanismo y vida saludable (documento CE146/INF/4)

284. El ingeniero Luiz Galvão (Gerente del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental de la OSP) presentó el tema y dijo que el urbanismo y la vida saludable habían sido el lema del Día Mundial de la Salud en el 2010 y de otras actividades en el sistema de las Naciones Unidas. La mesa redonda sobre urbanismo y vida saludable tendría lugar durante el 50.º Consejo Directivo. Entre los participantes se encontrarían representantes de otros organismos relacionados con la salud y de la comunidad académica. El doctor Jacob Kumaresan, Director del Centro de la OMS para el Desarrollo Sanitario (Centro de la OMS en Kobe) también había confirmado que asistiría. La mesa redonda seguiría el formato usual, con uno o dos oradores principales y cuatro paneles seguidos de una sesión plenaria en la cual se presentarían los resultados y las conclusiones de los paneles. La Oficina estaba preparando un documento para guiar los debates, que estaría listo en julio.

285. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

30.º aniversario de la erradicación de la viruela y de la creación del Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas (documentos CE146/INF/5 y CE146/INF/5, Corr.)

286. El doctor Cuauhtémoc Ruiz Matus (Asesor Principal de Inmunización Integral de la Familia, OSP) informó al Comité que la Oficina proponía realizar una celebración durante el 50.º Consejo Directivo para rendir homenaje a los miles de trabajadores de la salud y voluntarios de la comunidad que habían trabajado para lograr la erradicación de la viruela y reconocer el aporte del Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas a la salud pública y al éxito del Programa Ampliado de Inmunización en la Región de las Américas. Señaló que se había hecho una conmemoración similar de la erradicación de la viruela durante la 63.ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2010. En el documento CE146/INF/5 se detallaban las actividades planeadas.

287. La Directora dijo que la celebración estaba programada para la tarde del martes de la semana del Consejo Directivo. Se develaría un busto de Edward Jenner, pionero de la vacuna contra la viruela, prestado por la Fundación Jenner. La Oficina también estaba trabajando en coordinación con la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos y con el Instituto Smithsonian para organizar actividades paralelas en la zona de Washington, D.C., a fin de conmemorar la erradicación de viruela.

288. El Comité Ejecutivo respaldó la propuesta de la celebración.

Informes sobre los progresos realizados en materia de asuntos técnicos (documentos CE146/INF/6, Rev. 1–A, B, C, D, E, F y G)

Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (documento CE146/INF/6, Rev. 1-A)

289. El Presidente se refirió al informe contenido en la parte A del documento CE146/INF/6, Rev. 1, y ofreció el uso de la palabra.

290. El Comité felicitó a la OPS por la ayuda brindada a los Estados Miembros con la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y recibió con beneplácito el progreso realizado hasta ese momento. El Comité también observó, sin embargo, que el Reglamento todavía no había entrado en vigor plenamente en todos los Estados Miembros e instó a la OPS a que prosiguiera sus esfuerzos para lograr que todos los países de la Región pudieran cumplir sus obligaciones de conformidad con el Reglamento para junio del 2012. Los delegados destacaron la necesidad de la coordinación intersectorial a nivel nacional y de una estrecha colaboración y un intercambio abierto y transparente de información a nivel internacional para responder eficazmente a los riesgos para la salud pública que pudieran convertirse en emergencias sanitarias mundiales. Un delegado subrayó la necesidad de que los Estados federales mantuvieran una buena coordinación entre las autoridades sanitarias nacionales y las autoridades subnacionales.

291. También se recalcó la necesidad de abordar las brechas en los preparativos para una pandemia y en la respuesta. Varios delegados señalaron que la pandemia (H1N1) 2009 había puesto a prueba el Reglamento y había demostrado su eficacia; sin embargo, la pandemia también había revelado algunas áreas que era necesario fortalecer, entre ellas la comunicación con los medios informativos, la capacitación de recursos humanos y la coordinación entre el sector de la salud y otros sectores que intervienen en la vigilancia en los puntos de entrada y en la respuesta de urgencia. El Comité destacó la necesidad del apoyo constante de la OPS en esas áreas y en el examen y la modernización de la legislación nacional para armonizarla con los requisitos del Reglamento.

292. Los delegados reafirmaron el compromiso de su gobierno con la plena implementación del Reglamento y presentaron información actualizada sobre su progreso en ese sentido. Varios delegados también mencionaron la capacitación y otras actividades que se estaban llevando a cabo a nivel subregional con miras a acelerar la implementación, en particular en el marco del Mercado Común del Sur (MERCOSUR) y la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR).

293. El doctor Sylvain Aldighieri (Asesor Principal en Alerta y Respuesta a Epidemias del Área de Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades de la OSP) estuvo de acuerdo en que la experiencia de la Región con la pandemia (H1N1) 2009

había servido de prueba sobre el terreno para el Reglamento Sanitario Internacional (2005), señalando que esa prueba se había producido antes de que concluyera la evaluación de la capacidad básica de los países. La pandemia también había destacado la importancia del diálogo constante entre los centros nacionales de enlace y la OPS en calidad de contacto regional con la OMS. Subrayando la importancia de las redes nacionales y subregionales, observó que el MERCOSUR, en particular, había creado herramientas importantes para evaluar la capacidad de vigilancia y de respuesta que se habían adaptado y usado en otros países. Aunque se habían producido retrasos en la evaluación de la capacidad básica en los puntos de entrada, se había realizado un avance notable y la OSP seguía prestando apoyo proactivo a los países para completar sus evaluaciones. Diversos Estados Miembros también estaban proporcionando ayuda en esa área. Un experto de España estaba trabajando con la OSP a nivel regional, por ejemplo, y otro experto estaba ayudando a los países del Caribe Oriental. Además, se estaba usando la experiencia adquirida en Brasil y en el resto de América Latina para capacitar a profesionales de países africanos de habla portuguesa y de Timor-Leste.

294. La Directora agradeció a los países que habían proporcionado apoyo financiero para la implementación del Reglamento y para los preparativos para una pandemia. Ese apoyo había mejorado enormemente la respuesta regional a la pandemia (H1N1) 2009 y estaba facilitando la fase actual de implementación del Reglamento, en la cual el foco principal era procurar que existiera la capacidad básica en todos los niveles y en todas las partes de los países, incluidas las zonas rurales. Con respecto a la modernización de la legislación, anunció que ya estaba disponible el marco para la implementación del Reglamento mencionado en el párrafo 16 del informe.

295. El Comité tomó nota del informe.

Actualización sobre la gripe pandémica (H1N1) 2009 (documento CE146/INF/6, Rev.1-B)

296. El Presidente se refirió al informe contenido en la parte B del documento CE146/INF/6, Rev. 1, y ofreció el uso de la palabra.

297. El Comité elogió a la OPS por su liderazgo de la respuesta regional a la pandemia (H1N1) 2009 y agradeció el apoyo que había recibido de la Organización para hacer frente a la pandemia. Los delegados recalcaron la necesidad de utilizar la experiencia y las lecciones aprendidas de esa experiencia con el propósito de fortalecer la planificación y mejorar la capacidad para responder a emergencias de salud pública futuras. Se sugirió que el Comité de Examen del Reglamento Sanitario Internacional de la OMS tuviera en cuenta las lecciones aprendidas de la pandemia en la Región. Se recalcó la importancia de revisar o ampliar los planes nacionales de preparativos contra una pandemia de gripe, así como la necesidad de establecer centros nacionales de gripe en todos los países de la Región. Un delegado destacó la necesidad de una estrecha coordinación entre los

ministerios de salud y de agricultura para cerrar la brecha entre las actividades de vigilancia, detección y respuesta a los brotes de enfermedades de los seres humanos y de los animales.

298. La Delegada de Brasil dijo que se debía modificar el párrafo 25 del informe a fin de reflejar el hecho de que Brasil —y posiblemente otros países— tenía planes operativos para sus puntos principales de entrada y había difundido alertas en cuanto las había recibido de la OMS y la OPS. Con respecto a los retrasos a los que se hacía alusión en el párrafo 28, señaló que se habían producido porque durante el primer mes de la pandemia todavía no se habían emitido directrices para la confirmación de los casos en el laboratorio. Eso era una consideración importante que era necesario tener presente, tanto al analizar la respuesta a la pandemia (H1N1) 2009 como al hacer planes para emergencias futuras. El Delegado de España anunció que su gobierno planeaba donar más de 4,1 millones de dosis de la vacuna contra la pandemia (H1N1) 2009 para que fuesen distribuidas por la OPS.

299. El doctor Otavio Oliva (Asesor en Enfermedades Virales de la OPS) recalcó que los preparativos para la pandemia se habían llevado a cabo bajo la égida del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y habían servido para fortalecer la capacidad básica señalada en el Reglamento. Aunque el grado de preparación de los países había diferido en cierta medida, en general la respuesta regional a la pandemia (H1N1) 2009 había sido ejemplar. De la pandemia se habían extraído muchas enseñanzas que habían sido examinadas por los representantes de todos los países de la Región en una conferencia convocada por la OPS en septiembre del 2009. El resultado de esa conferencia había sido la base del plan de la OPS para el bienio en curso, en el cual se procuraba mejorar los preparativos para una pandemia fortaleciendo la vigilancia y la capacidad en materia de laboratorios. También se estaba tratando de fortalecer la coordinación entre las autoridades de salud humana y de sanidad animal.

300. La Directora observó que la próxima Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA), que se celebraría en el 2011, brindaría una oportunidad decisiva para fortalecerse la alianza entre ambos sectores con respecto no solo a las enfermedades zoonóticas sino también a muchas otras áreas en las cuales había una coincidencia parcial entre la sanidad animal y la salud humana. Agradeció la donación de vacunas anunciada por el Delegado de España y elogió a todos los países de la Región por su generosidad y transparencia al intercambiar información y recursos durante la pandemia (H1N1) 2009. Tras señalar que la gripe seguiría siendo un grave problema, subrayó la necesidad de que todos los países de la Región se mantuvieran alerta y no bajaran la guardia.

301. El Comité tomó nota del informe.

Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud (documento CE146/INF/6, Rev. 1-C)

302. El Presidente se refirió al informe contenido en la parte C del documento CE146/INF/6, Rev. 1, y ofreció el uso de la palabra.

303. Se reafirmó la utilidad del plan de acción como herramienta para ayudar a los Estados Miembros a mejorar la cobertura y la calidad de sus estadísticas. El Delegado de Argentina señaló que, aunque según se indicaba en el informe el análisis de la situación y el plan estratégico de su país se habían preparado con un marco diferente del marco de la OPS/OMS, su plan de acción tenía como finalidad mejorar la calidad y la cobertura de las estadísticas, así como ofrecer cooperación técnica a países vecinos.

304. La señora Fátima Marinho (Coordinadora de Proyectos de Información y Análisis de Salud de la OSP) dijo que se estaba avanzando mucho con el plan de acción. Subrayó la importancia de la disponibilidad de estadísticas oportunas y fidedignas, sin las cuales era difícil evaluar y monitorear el progreso realizado con otros planes de acción que se estaban llevando a cabo en la Región. El plan de acción se reforzaría con la nueva Red de América Latina y el Caribe para Fortalecer los Sistemas de Información Sanitaria, que también ayudaría a promover la cooperación horizontal entre países de la Región.

305. La Directora, destacando la importancia de los datos fidedignos para vigilar el progreso realizado hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, dijo que suponía que la dificultad para obtener estadísticas de referencia era un tema que indudablemente se presentaría en la cumbre especial para examinar los Objetivos, que tendría lugar durante el 65.º período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre del 2010.

306. El Comité tomó nota del informe.

Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud y perfiles de país (documento CE146/INF/6, Rev. 1-D)

307. El Presidente se refirió al informe contenido en la parte D del documento CE146/INF/6, Rev. 1, y ofreció el uso de la palabra.

308. La Delegada de México afirmó que su país seguía apoyando la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud y dijo que presentaría comentarios detallados por escrito acerca del informe sobre los progresos realizados. Tenía varias sugerencias en cuanto a la información presentada en el informe. Por ejemplo, sugirió que las modificaciones al Sistema de Información de los Indicadores Básicos en Salud mencionadas en el párrafo 49 del informe no debían limitarse a aspectos tecnológicos de la compilación y validación de datos. También era importante fortalecer la capacidad nacional para generar

estadísticas sanitarias, especialmente en los países con un alto grado de subnotificación o donde no se presentaban datos sistemáticamente. También propuso colocar un enlace directo con el Observatorio Regional de Salud Pública en la página inicial del sitio web de la OPS para facilitar el acceso a los datos de salud básicos. Observando que la información más reciente sobre México en la sección de la base de datos de indicadores básicos sobre perfiles sanitarios de los países (http://www.paho.org/english/dd/ais/cp_index.htm) correspondía al año 2000, dijo que tal vez fuese necesario examinar y mejorar los procedimientos para actualizar la información. Por último, dijo que la asistencia técnica a la cual se hacía alusión en el párrafo 61 debía incluir asistencia en relación con la mejora de las estadísticas nacionales, la capacitación de recursos humanos, el fortalecimiento de la capacidad técnica y conceptual del personal existente y la modernización de los procesos de generación y difusión de estadísticas sanitarias. Recalcó que la capacitación del personal del ministerio de salud era un componente esencial de la labor para fortalecer los datos de salud básicos y señaló que los representantes de la OPS/OMS tenían un papel clave que desempeñar al prestar ese apoyo.

309. La señora Fátima Marinho (Coordinadora de Proyectos de Información y Análisis de Salud de la OSP) agradeció los comentarios y las sugerencias de la delegada y dijo que la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud estaba estrechamente vinculada a la iniciativa para fortalecer las estadísticas vitales y de salud. Señaló que, aunque en la Región estaba generándose muchos datos, esos datos no siempre eran de buena calidad. El problema no radicaba en la recopilación de datos, sino en su tratamiento posterior. La clasificación incorrecta de las causas de muerte era un problema particularmente serio que conducía a inexactitudes en la información contenida en la base de datos sobre indicadores de salud. Obviamente era necesario capacitar a los responsables de la codificación de las causas de muerte pero también era muy necesario capacitar a los médicos, algunos de los cuales no sabían llenar un certificado de defunción correctamente.

310. Además, era fundamental fortalecer el diálogo y la coordinación entre el sector de la salud y los institutos nacionales de estadística para que los sistemas de estadísticas nacionales recopilaran datos, como el peso al nacer, que eran importantes desde el punto de vista epidemiológico. De manera análoga, era necesario fortalecer la coordinación con otros organismos y organizaciones que estaban trabajando para abordar los problemas de salud. Era esencial convencerlos de la necesidad de invertir en el fortalecimiento de los sistemas de información, en particular mediante la capacitación de recursos humanos, a fin de mejorar la calidad de los datos sanitarios, porque sin datos exactos era difícil estructurar intervenciones eficaces o medir el progreso.

311. El Comité tomó nota del informe.

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: oportunidades y retos para su implementación en la Región de las Américas (documento CE146/INF/6, Rev. 1-E)

312. El Presidente se refirió al informe contenido en la parte E del documento CE146/INF/6, Rev. 1, y ofreció el uso de la palabra.

313. El Comité elogió la acción de la OPS para ayudar a los países a implementar el Convenio Marco. Varios delegados proporcionaron información actualizada sobre el progreso realizado en sus países, destacando, por ejemplo, las medidas para desincentivar el consumo de tabaco y reducir la exposición al humo del tabaco, como el precio y medidas tributarias para reducir la demanda de productos de tabaco, la prohibición de fumar en edificios públicos y otros lugares, el empaquetado y la rotulación de productos de tabaco y la prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco. Se puso de relieve la necesidad de abordar los aspectos de género del tema, en vista del aumento preocupante del consumo de tabaco entre las niñas. El Delegado de Suriname informó que la Asamblea Nacional de su país trataría un proyecto de ley sobre el tabaco durante el año en curso y se preveía que se promulgaría a principios del 2011. El Delegado de San Vicente y las Granadinas informó al Comité que su gobierno preveía ratificar el Convenio Marco para el Control del Tabaco muy pronto, con suerte para septiembre del 2010. La Delegada de Canadá dijo que su gobierno había estado trabajando con otros países en la redacción de directrices para la aplicación de los artículos 9 y 10 del Convenio, relacionados con la reglamentación de los productos de tabaco y la divulgación de información. En las directrices propuestas, que se presentarían en la sesión de noviembre del 2010 de la Conferencia de las Partes, se formularían recomendaciones en cuanto a la reglamentación de los ingredientes que hacen que los productos de tabaco sean atractivos para los consumidores, en particular los jóvenes, y a los requisitos conexos para los fabricantes e importadores. A su gobierno le complacería compartir sus conocimientos y pericia en relación con las directrices y abordar cualquier idea errónea con miras a contrarrestar la acción cada vez más enérgica de la industria tabacalera para prevenir su adopción durante la Conferencia de las Partes.

314. El ingeniero Luiz A. Galvão (Gerente del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental de la OSP) dijo que se sentía alentado al oír sobre los avances de los países en cuanto al control del tabaco. Recibió con beneplácito el anuncio de la ratificación prevista del Convenio Marco por San Vicente y las Granadinas, que reduciría a siete el número de países de la Región que no lo habían ratificado. Además del progreso mencionado en el párrafo 67 del informe, le complacía señalar que Estados Unidos de América había promulgado recientemente una ley en relación con el artículo 11 del Convenio Marco, que había entrado en vigor en junio del 2010. Se actualizaría el informe para reflejar ese hecho.

315. La Directora subrayó la importancia de intensificar la acción con el propósito de contrarrestar los esfuerzos crecientes de la industria tabacalera para promover el tabaquismo entre las mujeres y los jóvenes.

316. El Comité tomó nota del informe.

Ejecución de la Estrategia Regional y el Plan de Acción para un Enfoque Integrado sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas, incluido el Régimen Alimentario, la Actividad Física y la Salud (documento CE146/INF/6, Rev. 1-F)

317. El Presidente se refirió al informe contenido en la parte F del documento CE146/INF/6, Rev. 1, y ofreció el uso de la palabra.

318. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el progreso realizado con la implementación de la estrategia y el plan de acción, observando que se necesitarían una labor constante y considerables recursos para manejar las enfermedades crónicas. El Comité consideró que la OPS tenía un papel importante que desempeñar en la coordinación del intercambio de experiencias y prácticas óptimas. Se señaló que quizá se había prestado una atención desproporcionada a las enfermedades transmisibles, especialmente las de transmisión sexual, mientras que la epidemiología mostraba que las enfermedades crónicas no transmisibles representaban la mayor carga de morbilidad en los países de la Región. También se señaló que los indicadores y las metas debían encuadrarse en los Objetivos de Desarrollo del Milenio a fin de medir el progreso en la lucha contra las enfermedades crónicas no transmisibles, como medio para aumentar el reconocimiento internacional de tales enfermedades como prioridad de salud pública y movilizar recursos para su prevención y control.

319. Los delegados afirmaron su apoyo a la premisa de la Estrategia Regional de que la prevención de enfermedades y las intervenciones orientadas a la detección temprana eran rentables y que la focalización en múltiples factores de riesgo tenía mayores probabilidades de ser eficaz que las estrategias con un enfoque estrecho. Se señaló que el gobierno podía iniciar una campaña para promover la adopción de formas de vida más saludables pero que esa acción debía continuarse y profundizarse a nivel de la comunidad, con el aporte de líderes comunitarios, maestros, médicos, enfermeras, padres y madres. Se propuso que, en la estrategia de la OPS, se tuvieran en cuenta también las recomendaciones sobre la comercialización de alimentos y bebidas sin alcohol dirigida a los niños aprobadas en la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud.

320. Varios miembros del Comité Ejecutivo describieron los proyectos que se estaban llevando a cabo en sus países para implementar la estrategia y el plan de acción. Tales proyectos incluían el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades crónicas no transmisibles, la reorientación de los servicios de salud hacia la prevención y el control de las enfermedades crónicas, campañas contra el tabaquismo, campañas contra

el alcohol, la promoción de la alimentación sana en eventos comunitarios, medidas regulatorias para eliminar el contenido excesivo de grasas, azúcar y sodio en los alimentos, la promoción de períodos de ejercicio durante el día laboral, campañas para bajar de peso y mejorar el estado físico, la construcción de establecimientos deportivos y la organización de eventos deportivos, la promoción de la lactancia materna exclusiva, programas de salud escolar y otras medidas encaminadas a reducir la obesidad en la niñez, y programas para reducir los accidentes de tránsito y prevenir la violencia.

321. El Delegado de Aruba propuso realizar un foro panamericano sobre la obesidad en el 2011 y dijo que a su país le complacería ser el anfitrión del evento.

322. El doctor James Hospedales (Asesor Principal en Prevención y Control de Enfermedades Crónicas de la OSP) agradeció a los miembros del Comité el relato de sus experiencias, de algunas de las cuales la OSP no tenía conocimiento y que debían ponerse de relieve. Era evidente que la solución para el problema de las enfermedades crónicas se encontraba en gran medida fuera del sector de la salud, aunque este último tenía un papel importante que desempeñar en la recopilación de datos, la promoción de la causa, el seguimiento y la evaluación. Según el informe, se preveía que la prevalencia de la obesidad continuaría aumentando, lo cual llevaría a un aumento de los casos de diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer. Por lo tanto, representaba una verdadera prioridad de salud pública para los países de la Región. En algunos países hasta se había declarado la obesidad como problema de seguridad nacional, ya que muchos jóvenes no eran aptos para el servicio militar porque tenían un peso excesivo. Las enfermedades crónicas afectaban a los países desarrollados y en desarrollo por igual, pero las encuestas habían indicado claramente que, en todos los países, el consumo de tabaco, el abuso del alcohol y los problemas relacionados con el sobrepeso y la obesidad eran más prevalentes en los sectores más pobres y con un nivel más bajo de educación. Por consiguiente, las enfermedades crónicas representaban también un problema de equidad.

323. Expresó la esperanza de que todos los delegados instaran a sus altos funcionarios a que asistieran a la reunión de alto nivel sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles que tendría lugar en las Naciones Unidas en septiembre del 2011.

324. La Directora dijo que la Organización había logrado colocar el tema en la agenda internacional y plantearlo a los gobiernos, el sector privado, ONG, asociaciones profesionales y asociaciones de pacientes y familiares. Por lo tanto, ya había una sólida red de apoyo al trabajo continuo en este campo. En efecto, al abordar el problema de las enfermedades crónicas, el sector de la salud podría encontrar aliados inesperados, como las fuerzas armadas, tal como dijo el doctor Hospedales, y la industria de aviación, que tuvo que modificar los asientos de los aviones para dar cabida a los pasajeros más voluminosos. Esos eran ejemplos de la forma en que los problemas de las enfermedades crónicas influían en todos los aspectos de la sociedad.

325. Con respecto al comentario acerca de los indicadores, la Organización ya estaba ejerciendo presión para que se agregara un indicador relacionado con las enfermedades crónicas al Objetivo de Desarrollo del Milenio 6: “Combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades”. En cuanto a la propuesta del Ministro de Salud de Aruba, la Oficina examinaría la posibilidad de celebrar un foro de ese tipo.

326. El Comité tomó nota del informe.

Eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (documento CE146/INF/6, Rev. 1-G)

327. El Presidente se refirió al informe contenido en la parte G de documento CE146/INF/6, Rev. 1, y ofreció el uso de la palabra.

328. El Comité recibió con beneplácito progreso realizado en la Región con respecto a la eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, pero expresó preocupación por la amenaza planteada por los casos importados de la enfermedad, en particular en vista de la intensificación de los viajes a África durante la Copa Mundial de Fútbol. Se recalcó la importancia de la vigilancia continua. A este respecto, se señaló que la aparición de casos subclínicos no detectados podría dar lugar a una subestimación de la verdadera incidencia de la rubéola. Algunos delegados informaron que algunos grupos que afirmaban que la vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola estaba vinculada al autismo, mito que se había refutado de forma concluyente, habían montado campañas contra la vacunación en sus países. Subrayaron la necesidad de que los funcionarios de salud tomaran medidas con celeridad para contrarrestar tales actos y mantener un nivel de cobertura de vacunación elevado.

329. El doctor Cuauhtémoc Ruiz Matus (Asesor Principal en Inmunización Integral de la Familia, OSP) señaló que era esencial lograr y mantener un nivel de cobertura de vacunación de 95% o más en todos los niveles, y no solo a nivel nacional. También era fundamental mantener la vigilancia epidemiológica, investigar todos los casos presuntos y garantizar un diagnóstico oportuno. Rindió homenaje a los numerosos héroes anónimos que habían contribuido al éxito de la tarea de eliminación de la rubéola en la Región.

330. La Directora expresó satisfacción por el éxito en la Región y dijo que el reto ahora era exhortar a los líderes políticos de otras regiones para que abordaran los problemas que estaban obstaculizando el progreso hacia la eliminación de las enfermedades de escala mundial y las metas de erradicación. Europa, en particular, parecía ser la fuente de la mayoría de los casos importados de rubéola en las Américas y era también la fuente de la mayoría de los rumores en contra de la vacunación. También era importante detener la propagación de información incorrecta en los medios de comunicación. Señaló, por ejemplo, que los rumores del nexo entre las vacunas y el autismo habían tenido amplia difusión en los medios de información, pero había habido

poca cobertura de la decisión del Consejo Médico Británico de revocar la habilitación de Andrew Wakefield, el médico responsable de esos rumores, para ejercer la medicina.

331. El Comité tomó nota del informe.

Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS: 63.^a Asamblea Mundial de la Salud (documento CE146/INF/7)

332. El doctor Juan Manuel Sotelo (Gerente del Área de Relaciones Externas, Movilización de Recursos y Asociaciones de la OSP) informó sobre las resoluciones y otras acciones de la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud y la 127.^a Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS, que se consideraban de particular interés para los Cuerpos Directivos de la OPS. Señaló que el documento respectivo contenía cuadros que indicaban las actividades de la OPS con las cuales se relacionaba cada resolución o acción.

333. En las deliberaciones subsiguientes, se señaló que en el informe no se mencionaba la decisión de la Asamblea de la Salud con respecto al asunto de los medicamentos falsificados (decisión WHA63 [10]) y se propuso incluir esa información en el informe que se preparara para el 50.^o Consejo Directivo.

334. El Delegado de Argentina, recordando que durante la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud muchos representantes de países de las Américas habían subrayado la necesidad de examinar los procedimientos para evaluar la seguridad y la eficacia de los medicamentos existentes, propuso incluir en el orden del día del 50.^o Consejo Directivo un punto sobre la necesidad de fortalecer la capacidad de las autoridades reguladoras para velar por la calidad, la seguridad y la eficacia de los medicamentos.

335. Varios delegados apoyaron esa propuesta, y uno sugirió que en el documento de trabajo que se preparara al respecto se tuvieran en cuenta también los temas de la eficiencia, la rendición de cuentas, la transparencia y los principios de la buena gestión. Otros delegados señalaron, sin embargo, que el Comité ya había aprobado el orden del día provisional para el 50.^o Consejo Directivo y opinaron que sería preferible presentar el tema por medio del Comité Ejecutivo en el 2011, a fin de que hubiera tiempo para preparar un documento basado en una buena investigación.

336. La Directora sugirió que la Oficina preparara un documento de base para el punto nuevo propuesto, para el cual se podría utilizar como base el informe de la Quinta Conferencia de la Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica, y que el Consejo decidiera si lo incluiría en su orden del día definitivo. Pidió al Delegado de Argentina que presentara a la Oficina un resumen del contenido que deseaba que se tratara en el documento y que propusiera un título para el punto del orden del día.

337. El doctor José Luis Di Fabio (Gerente interino del Área de Sistemas de Salud, basados en la Atención Primaria de Salud de la OSP) dijo que se podría facilitar un documento por medio de un sitio virtual *SharePoint*, pero advirtió que la Oficina probablemente no podría tener el documento listo para su revisión y traducción antes de fines de julio.

338. El Comité pidió a la Oficina que siguiera adelante con la preparación de un documento de base como había sugerido la Directora.

Informes de avance sobre asuntos administrativos y financieros: Estado de la implementación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS) (documento CE146/INF/8)

339. El doctor Douglas Slater (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) dijo que se había informado al Subcomité sobre los avances realizados con la implementación de las IPSAS durante el 2009 y el trabajo que quedaba para el 2010. El Subcomité había recibido con beneplácito el progreso realizado hasta ese momento, pero había preguntado por qué no se habían podido concluir todas las actividades necesarias dentro del plazo establecido para la transición de la OPS a las IPSAS, a saber, el 1 de enero del 2010. Los delegados también habían pedido más información sobre la forma en que se manejarían las cuentas de los Centros Panamericanos CAREC y CFNI, las repercusiones que los costos fijos relacionados con la transición a las IPSAS tendrían en la situación financiera de la Organización y si se necesitarían recursos adicionales, además del presupuesto original de \$300.000 para la implantación de las IPSAS, a fin de sufragar el costo de las tareas que quedaban pendientes para el 2010.

340. La señora Sharon Frahler (Gerente del Área de Gestión de Recursos Financieros de la OSP), había respondido que algunas de las tareas requeridas no podían realizarse hasta después del 1 de enero del 2010 (por ejemplo, la valoración del 2010 de las propiedades e inversiones). Con respecto al CAREC y al CFNI, si cumplían los requisitos de las IPSAS sus cuentas se consolidarían con las de OPS. De lo contrario, se mantendrían separadas, pero aun así se prepararían con el formato establecido en las IPSAS.

341. Había explicado que algunos de los costos fijos habían correspondido solo al período de transición, pero otros subsistirían. Había calculado que pasar de las auditorías bienales a auditorías anuales, por ejemplo, costaría otros \$50.000 por año, y un análisis minucioso del valor de las propiedades de la OPS, que se realizaría cada tres años, costaría cerca de \$20.000. Había informado que se habían usado algo menos de \$200.000 del presupuesto original para la implantación de las IPSAS y que tal vez se necesitaran alrededor de \$20.000 más.

342. Después del informe del doctor Slater, la Directora observó que el plan para la implementación de las IPSAS estaba encaminado hacia su finalización, aunque la transición había sido bastante difícil, en parte porque había habido un aumento considerable de los recursos de la Organización, especialmente para sus actividades de adquisiciones, de modo que el personal a cargo de esas tareas había tenido que hacer frente a un volumen de trabajo mayor al mismo tiempo que cumplía todos los requisitos contables nuevos. Sin embargo, los resultados de todo ese trabajo habían sido muy satisfactorios, como se confirmaba en el informe del Auditor Externo (véanse los párrafos 190 a 208). Observó, también, que varios Estados Miembros estaban pasando por la misma transición en el ámbito de las normas de contabilidad y que la OPS estaba intercambiando activamente información y experiencias con ellos.

343. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Otros asuntos

344. El señor David Hatch (Subdirector General Adjunto del Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura) transmitió al Comité los mejores deseos del doctor Víctor Villalobos, Director General del Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA), y repasó la historia de la colaboración del IICA con la OPS en asuntos relativos a la salud pública, la sanidad animal y la inocuidad de los alimentos. Un ejemplo excelente de esa colaboración había sido el trabajo emprendido por ambas organizaciones en respuesta al brote de gripe aviar en el 2006. Actualmente, la colaboración del Instituto con la OPS se centraba en la modernización de los servicios de inocuidad de los alimentos y el fortalecimiento de la capacidad de los encargados de los programas de inocuidad de los alimentos. Su plan de trabajo para el período 2010-2014 abarcaba varios asuntos de interés para la OPS, entre ellos mejorar la seguridad alimentaria y la nutrición, fortalecer los sistemas nacionales de salud y de inocuidad de los alimentos, y armonizar las normas sanitarias y fitosanitarias a nivel nacional e internacional con miras a reducir el riesgo de propagación transfronteriza de enfermedades. El IICA esperaba seguir colaborando con la OPS en esas áreas de interés común, entre otras.

Clausura de la sesión

345. Tras el intercambio usual de fórmulas de cortesía, el Presidente declaró clausurada la 146.^a sesión del Comité Ejecutivo.

Resoluciones y decisiones

346. A continuación figuran las resoluciones y decisiones aprobadas por el Comité Ejecutivo en su 146.^a sesión:

Resoluciones

CE146.R1 Recaudación de las cuotas

LA 146.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora sobre la recaudación de las cuotas (documento CE146/23 y Add. I), incluido un informe sobre el estado del fondo fiduciario denominado *Contribuciones voluntarias para los programas prioritarios: vigilancia, prevención y atención de enfermedades crónicas; salud mental y abuso de sustancias psicotrópicas; tabaco; reducción de los riesgos del embarazo; VIH/sida; y dirección*;

Observando que no hay Estados Miembros que presenten atrasos en el pago de las cuotas al punto de que puedan estar sujetos a la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud;

En vista de que ha habido una reducción importante en los atrasos de las cuotas al punto de que no quedan pagos pendientes anteriores al bienio 2008-2009;

Observando que hay 22 Estados Miembros que no han efectuado pagos de las cuotas correspondientes al 2010,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe de la Directora sobre la recaudación de las cuotas, que incluye un informe del estado del fondo fiduciario denominado *Contribuciones voluntarias para los programas prioritarios: vigilancia, prevención y atención de las enfermedades crónicas; salud mental y abuso de sustancias psicotrópicas; tabaco; reducción de los riesgos del embarazo; VIH/sida; y dirección*.
2. Felicitar a los Estados Miembros por su compromiso de cumplir con sus obligaciones financieras a la Organización haciendo un esfuerzo significativo para pagar sus cuotas.

3. Agradecer a los Estados Miembros que ya han efectuado pagos correspondientes al 2010 e instar a los demás Estados Miembros a que paguen sus cuotas pendientes cuanto antes.
4. Solicitar a la Directora que siga informando a los Estados Miembros acerca de sus saldos pendientes y que informe al 50.º Consejo Directivo sobre el estado de la recaudación de las cuotas.

(Primera reunión, 21 de junio del 2010)

CE146.R2: Fondo maestro de inversiones de capital

LA 146.º SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado la presentación sobre el Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondiente al periodo del 1 de enero del 2008 al 31 de diciembre del 2009 (Documento oficial 337 y el documento CE146/24, Rev. 1);

Observando que, de conformidad con el párrafo 4.4 del Reglamento Financiero, se transfirieron US\$ 4.216.656 a la Cuenta Especial de la OPS como resultado del exceso de ingresos netos respecto al gasto para el ejercicio financiero correspondiente al 2008-2009;

Informado de que se transfirieron \$2,0 millones de la cantidad antedicha de la Cuenta Especial al Fondo Maestro de Inversiones de Capital en el 2010, en conformidad con el párrafo 3(b) de la resolución CSP27.R19;

Teniendo en cuenta la necesidad de planificar adecuadamente y proveer el financiamiento para el mantenimiento y la reparación de los edificios de oficinas de la OPS y para el reemplazo sistemático de equipos informáticos y de telecomunicaciones, software y sistemas para sostener la infraestructura de tecnología de la información de la Organización,

RESUELVE:

Autorizar una transferencia de otros \$2,0 millones de la Cuenta Especial para la reposición del Fondo Maestro de Inversiones de Capital, en conformidad con el párrafo 3 (b) de la resolución CSP27.R19.

(Primera reunión, 21 de junio del 2010)

CE146.R3: Cargo establecido para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros

LA 146.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el informe de la Directora, *Examen del Cargo establecido para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros* (documento CE146/28, Rev. 1),

RESUELVE:

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

**CARGO APLICABLE A LA COMPRA DE INSUMOS DE SALUD PÚBLICA
PARA LOS ESTADOS MIEMBROS**

EL 50.º CONSEJO DIRECTIVO

Habiendo considerado el informe de la Directora, *Cargo aplicable a la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros* (documento CD50/__);

Teniendo en cuenta el aumento considerable de las actividades de compras de insumos de salud pública por medio de los tres mecanismos de compras de la Oficina Sanitaria Panamericana en nombre de los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud, y que cada vez más resultan insuficientes los recursos financieros disponibles para los servicios administrativos de apoyo requeridos para dichas actividades de compra,

RESUELVE:

1. Aumentar el cargo actual de tres por ciento (3%) que se le aplica a la compra de insumos de salud pública que realiza la Oficina para los Estados Miembros de la OPS en medio punto porcentual (0,5%), quedando establecido el total de dicho cargo en tres y medio por ciento (3,5%), con efecto a partir del 1 de enero del 2011.

2. Destinar el medio punto porcentual 0,5% adicional de este cargo al Fondo Especial de Gastos de Apoyo a Programas con el objeto de sufragar los gastos de administración de las actividades de compra a lo largo de la Organización de los siguientes tres mecanismos de compra:

- Compras reembolsables en nombre de los Estados Miembros,

- Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas,
- Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública.

(Segunda reunión, 21 de junio del 2010)

CE146.R4: Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS

LA 146.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el informe del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración (documento CE146/6);

Consciente de las disposiciones de los *Principios que rigen las relaciones entre la Organización Panamericana de la Salud y las organizaciones no gubernamentales* (resolución CESS.R1, enero del 2007),

RESUELVE:

1. Mantener las relaciones oficiales entre la Organización Panamericana de la Salud y la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica (COLABIOCLI) y la Alianza Nacional para la Salud de los Hispanos.
2. Autorizar a EMBARQ, el Centro para el Transporte Sustentable del Instituto de Recursos Mundiales, a mantener relaciones oficiales con la OPS durante un período de cuatro años.
3. Solicitar a la Directora:
 - a) que informe a las organizaciones no gubernamentales respectivas de las decisiones adoptadas por el Comité Ejecutivo;
 - b) que siga manteniendo relaciones de trabajo dinámicas con las organizaciones no gubernamentales interamericanas de interés para la Organización en las áreas que abordan asuntos relacionados con las prioridades programáticas que los Cuerpos Directivos han adoptado;
 - c) que siga fomentando las relaciones entre los Estados Miembros y las organizaciones no gubernamentales que actúan en el campo de la salud.

(Segunda reunión, 21 de junio del 2010)

CE146.R5: Nombramiento de tres miembros del Comité de Auditoría de la OPS

LA 146.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado la resolución CD49.R2 (2009) del Consejo Directivo en la que se estableció la creación del Comité de Auditoría de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que actúa como un órgano asesor experto e independiente para apoyar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) y a los Estados Miembros de la OPS;

Teniendo en cuenta los Términos de Referencia del Comité de Auditoría que establecen el proceso que debe seguir el Comité Ejecutivo para la evaluación y nombramiento de los miembros del Comité de Auditoría de la OPS;

Observando que los Términos de Referencia del Comité de Auditoría estipulan que sus miembros lo sean como máximo durante dos períodos completos de tres años cada uno, a excepción de los tres miembros iniciales, cuyo primer mandato será de dos, tres y cuatro años, respectivamente,

RESUELVE:

1. Agradecer a la Directora de la Oficina y al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración su minucioso trabajo de selección y propuesta de candidatos altamente capacitados para formar parte del Comité de Auditoría de la OPS.
2. Nombrar a los siguientes candidatos como miembros del Comité de Auditoría de la OPS:

Sr. Alain Gillette, por un período inicial de cuatro años,

Sra. Carman L. LaPointe, por un período inicial de tres años,

Sr. Peter Maertens, por un período inicial de dos años.

(Tercera reunión, 22 de junio del 2010)

CE146.R6: Plan de acción de hospitales seguros

LA 146.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora, *Plan de acción de hospitales seguros* (documento CE146/20), basado en el Plan Estratégico de la OPS para el período 2008-2012,

RESUELVE:

Recomendar al Consejo Directivo que considere la aprobación de una resolución redactada en los siguientes términos:

PLAN DE ACCIÓN DE HOSPITALES SEGUROS

EL 50.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora, *Plan de acción de hospitales seguros* (documento CD50/___), basado en el Plan Estratégico de la OPS para el período 2008-2012;

Teniendo en cuenta que los Cuerpos Directivos de la OPS han apoyado firmemente la adopción de una iniciativa regional sobre hospitales seguros;

Notando que la resolución CD45.R8 del 45.º Consejo Directivo (2004) resuelve “Exhortar a los Estados Miembros a que adopten el lema de ‘hospitales seguros frente a desastres’ como una política nacional de reducción de riesgos; a que establezcan la meta de que todos los hospitales nuevos se construyan con un nivel de protección que garantice mejor su capacidad de seguir funcionando en las situaciones de desastre; y a que implanten medidas adecuadas de mitigación para reforzar los establecimientos de salud existentes, especialmente los que brindan atención primaria”;

Resaltando que la Conferencia Mundial sobre la Reducción de los Desastres (2005) de las Naciones Unidas aprobó el “Marco de Acción de Hyogo para 2005-2015”, en el que los 169 países participantes adoptaron como meta que, para el 2015, todos los países deberán “Integrar la planificación de la reducción del riesgo de desastre en el sector de la salud; promover el objetivo de ‘hospitales a salvo de desastres’...”;

Recordando que la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana (2007) aprobó la resolución CSP27.R14, *Hospitales seguros: Iniciativa regional sobre los establecimientos sanitarios capaces de resistir los efectos de los desastres*;

Tomando nota de que el informe final de la Mesa Redonda, *Hospitales seguros: una meta a nuestro alcance*, presentado en el 49.º Consejo Directivo, recomienda a los países elaborar planes de trabajo para alcanzar la meta de hospitales seguros;

Reconociendo que para alcanzar la meta de hospitales seguros frente a desastres para el 2015, es necesario implementar un plan de acción regional con amplia participación de los Estados Miembros de la Organización y el apoyo de la Secretaría,

RESUELVE:

1. Aprobar el Plan de acción de hospitales seguros.
2. Instar a los Estados Miembros:
 - a) prioricen la adopción de una política nacional de hospitales seguros;
 - b) mejoren la coordinación dentro y fuera del sector salud a fin de conjugar esfuerzos a nivel nacional y subnacional para hacer mejor uso de todos los recursos disponibles;
 - c) implementen progresivamente las actividades contenidas en el Plan de acción para lograr la meta de que todos los hospitales nuevos se construyan con un nivel de protección que garantice su funcionamiento en casos de desastres;
 - d) implementen medidas adecuadas de mitigación para reforzar los establecimientos de salud existentes;
 - e) coordinen con otros países de la Región el intercambio de experiencias y herramientas, abogacía conjunta, monitoreo y evaluación de los avances en la implementación del Plan de acción.
3. Solicitar a la Directora:
 - a) que promueva la coordinación y la puesta en marcha del Plan de acción mediante la integración de las acciones por las áreas programáticas de la OPS en los ámbitos nacional, subregional, regional e interagencial;
 - b) que siga fortaleciendo la capacidad de la Organización de brindar cooperación técnica a los Estados Miembros en la puesta en práctica del Plan de acción de acuerdo a las necesidades y prioridades nacionales específicas;

- c) que apoye el desarrollo de instrumentos y guías técnicas comunes como la lista de verificación y el Índice de Seguridad Hospitalaria para facilitar el seguimiento del avance en la implementación del Plan de acción;
- d) que fomente el fortalecimiento de alianzas con organismos especializados y centros de excelencia en el campo de la reducción de riesgo de desastres, a fin de movilizar los recursos humanos y financieros y la tecnología necesarias para mejorar la seguridad de los servicios de salud frente a desastres;
- e) que presente informes periódicos a los Cuerpos Directivos sobre el estado de avance en la implementación del Plan de acción.

(Tercera reunión, 22 de junio del 2010)

CE146.R7: Fortalecimiento de los programas de inmunización

LA 146.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el documento conceptual *Fortalecimiento de los programas de inmunización* (documento CE146/19) y considerando los importantes avances logrados por los países en el campo de la vacunación;

Considerando que la protección de los programas nacionales y regionales de inmunización es una condición indispensable para mantener los logros alcanzados en todos los Estados Miembros y hacer frente a los nuevos desafíos,

RESUELVE:

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

FORTALECIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE INMUNIZACIÓN

EL 50º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el documento conceptual *Fortalecimiento de los programas de inmunización* (documento CD50/__) y considerando los importantes avances logrados por los países en el campo de la vacunación;

Reconociendo que los Estados Miembros y la Organización Panamericana de la Salud han realizado esfuerzos efectivos por homogeneizar las políticas y estrategias de

vacunación, promoviendo la capacitación de los equipos nacionales para la gerencia y ejecución efectiva de los programas nacionales e incluyendo la integración del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas como el mecanismo de cooperación que favorece el acceso a productos biológicos y otros insumos por parte de todos los Estados Miembros;

Reconociendo que algunos Estados Miembros han definido a las inmunizaciones como un bien público que ha contribuido de manera significativa a la reducción de la mortalidad infantil y logrado la erradicación de la poliomielitis, la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, así como el control epidemiológico de otras enfermedades prevenibles por vacunación en la Región;

Reiterando que el Fondo Rotatorio ha sido determinante en el acceso oportuno y equitativo a vacunas para los Estados Miembros y que como parte de la cooperación técnica ha permitido la estandarización de los esquemas de vacunación en los países de las Américas, el logro de elevadas coberturas de vacunación y la respuesta oportuna ante brotes y otras emergencias sanitarias, así como una acelerada introducción en el uso de las denominadas nuevas vacunas, tales como las vacunas contra el rotavirus, contra el VPH neumococo, contra el virus de papiloma humano (VPH) y, recientemente, contra el virus de la gripe por A(H1N1);

Reconociendo que la protección de los programas nacionales y regionales de inmunización es una condición indispensable para mantener los logros alcanzados por todos los Estados Miembros y que la reducción en los niveles de vacunación en cualquiera de los países afecta de manera directa al resto de los países,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) ratifiquen a los programas nacionales de vacunación como un bien público;
 - b) respalden la visión y la Estrategia Regional de Inmunización y cumplen los siguientes objetivos:
 - mantener los logros: una Región libre de poliomielitis, sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita, con el control de la difteria, tos ferina y Hib;
 - completar la agenda inconclusa: eliminar el tétanos neonatal; lograr el control epidemiológico de la hepatitis B, la influenza estacional y la fiebre amarilla; lograr que todos los municipios tengan coberturas mayores de 95% (tomando

DPT3 como trazador), y completar la transición de un enfoque de vacunación dirigido al niño hacia un enfoque de inmunización integral de la familia;

- hacer frente a los nuevos desafíos: introducir nuevas vacunas que contribuyan a los logros de los ODM; fortalecer la capacidad nacional en la toma de decisiones; promover la sustentabilidad financiera del PAI, y fortalecer los servicios de vacunación e inmunización dentro del marco de los sistemas y servicios basados en la atención primaria de salud;
- respaldar al Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la OPS como el mecanismo de cooperación estratégico que permite el acceso oportuno y equitativo de los Estados Miembros a los insumos del Programa de Inmunización.

2. Solicitar a la Directora:

- a) que continúe brindando apoyo técnico a los Estados Miembros para fortalecer la capacidad operativa de los programas nacionales de inmunización en el marco de la atención primaria de salud, utilizando estrategias que permitan garantizar acciones en los municipios con bajas coberturas, así como en poblaciones desfavorecidas y de difícil acceso;
- b) que brinde acompañamiento técnico a los Estados Miembros para la toma de decisiones basada en evidencias, por medio de la Red ProVac de Centros de Excelencia;
- c) que fortalezca y mantenga el Fondo Rotatorio eficiente y activo, basado en los principios y reglas que han dado resultados exitosos a través de sus 30 años de operación.

(Cuarta reunión, 22 de junio del 2010)

CE146.R8: *Desarrollo de competencias del personal de salud en los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud*

LA 146.^a *SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,*

Habiendo examinado el informe de la Directora sobre la estrategia *Desarrollo de competencias del personal de salud en los sistemas de salud basados en la atención primaria* (documento CE146/16), basado en el Plan Estratégico de la OPS para el período 2008-2012,

RESUELVE:

Recomendar al Consejo Directivo que considere la aprobación de una resolución redactada en los siguientes términos:

**ESTRATEGIA PARA EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS
DEL PERSONAL DE SALUD EN LOS SISTEMAS DE SALUD
BASADOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

EL 50.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora, *Estrategia para el desarrollo de competencias del personal de salud en los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud* (documento CD50/__), basado en el Plan Estratégico de la OPS para el período 2008-2012,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) reiteren su compromiso con el logro de las Metas regionales de recursos humanos para la salud 2007-2015 y el desarrollo de planes nacionales de recursos humanos en concertación con los sectores y actores sociales relevantes;
 - b) establezcan mecanismos y modalidades de coordinación y de cooperación con las instancias nacionales encargadas de la educación, las instituciones académicas y otros actores interesados para promover una mayor convergencia de los perfiles y competencias de los futuros profesionales con las orientaciones y necesidades del sector salud;
 - c) formulen una política de aprendizaje que incluya el aprendizaje por medios virtuales dirigida a todos los niveles y entidades del sistema de salud, así como la definición de marcos de competencia para los equipos de salud familiar y comunitaria, con especial énfasis en la interculturalidad;
 - d) adopten la estrategia de redes de aprendizaje (*eLearning*) con el enfoque de educación permanente, haciendo uso de las tecnologías de información y comunicación orientadas a la transformación de las prácticas de salud vigentes y del comportamiento institucional;

- e) promuevan, entre los países y territorios de la Región, la producción e intercambio de recursos abiertos de aprendizaje y de experiencias.
2. Solicitar a la Directora:
- a) que intensifique la cooperación técnica de la Organización con los Estados Miembros en la formulación de políticas y de planes de aprendizaje y de *eLearning* dirigidos al personal de salud en servicio;
 - b) que apoye a los países de la Región así como las iniciativas subregionales en el desarrollo de estrategias y mecanismos de coordinación y cooperación entre la autoridad sanitaria nacional y las instituciones de educación en el marco de un compromiso y una responsabilidad social compartidos hacia la renovación de la atención primaria de salud;
 - c) que promueva la creación de redes de aprendizaje articuladas a nivel regional y la producción de recursos de aprendizaje para fortalecer las capacidades de liderazgo y de conducción del sector salud en temas prioritarios para la Región;
 - d) que contribuya a fortalecer, a través del Campus Virtual de Salud Pública, las capacidades de los países en el desarrollo de las competencias de su personal de salud y en la utilización de las tecnologías de información y de comunicación.

(Quinta reunión, 23 de junio del 2010)

CE146.R9: Centros panamericanos

LA 146.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora *Situación de los Centros Panamericanos* (documento CE146/22, Rev. 1),

RESUELVE:

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

CENTROS PANAMERICANOS

EL 50.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora *Situación de los Centros Panamericanos* (documento CD50/__);

Considerando el mandato de la Conferencia Sanitaria Panamericana (Resolución CSP20.R31, 1978) para que se efectúe una evaluación periódica de cada uno de los Centros Panamericanos;

Tomando nota que la constante evolución del entorno político, tecnológico y económico en los Estados Miembros de la OPS hace necesario actualizar y reexaminar las modalidades de cooperación técnica que presta la Organización, a fin de optimizar su eficacia;

Reconociendo los esfuerzos de la Oficina para armonizar los Centros Panamericanos con las políticas regionales aprobadas por los Cuerpos Directivos de la OPS,

RESUELVE:

1. Tomar nota de la transferencia exitosa de la administración del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) al Consejo Directivo del Instituto, y agradecer a la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana por haber conducido este proceso de transferencia de manera participativa, eficaz y transparente, habiendo logrado los consensos necesarios para permitir la viabilidad del Instituto en esta nueva etapa de su autonomía administrativa.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) continúen colaborando con la Oficina en la evaluación periódica de los Centros Panamericanos, con el objeto de determinar si éstos continúan ofreciendo la modalidad más apropiada y eficaz de cooperación técnica;
 - b) continúen trabajando estrechamente con la Oficina en el desarrollo institucional de los Centros Panamericanos, en su redefinición hacia otras modalidades de funcionamiento que permitan optimizar sus gastos operativos y, cuando sea oportuno, en la transferencia de la responsabilidad por la administración u operación de los mismos a los Estados Miembros o a organizaciones subregionales conformadas por éstos.

3. Solicitar a la Directora:
 - a) que continúe trabajando en consulta con el Gobierno del Brasil en la elaboración de un Proyecto de Desarrollo Institucional del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) para su presentación a los Cuerpos Directivos de la OPS en el año 2011;
 - b) que apoye el establecimiento de un fondo fiduciario que concentrará recursos financieros movilizados para la eliminación de la fiebre aftosa en la Región de las Américas;
 - c) que continúe las negociaciones con el Gobierno del Brasil a fin de concluir el establecimiento del nuevo marco institucional del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME), incluyendo la conclusión de un nuevo convenio básico para BIREME en el Brasil y un nuevo acuerdo de instalaciones y funcionamiento de BIREME en el recinto de la Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP);
 - d) que continúe las negociaciones con el Gobierno del Perú para transformar el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) en un Equipo Técnico Regional sobre Agua y Saneamiento (ETRAS);
 - e) que continúe la evaluación del acuerdo sobre el Programa Regional de Bioética con el Gobierno de Chile y la Universidad de Chile, y las distintas modalidades disponibles para continuar el trabajo de la Organización en bioética en la Región;
 - f) que continúe trabajando con la Secretaría de la Comunidad del Caribe (CARICOM) para implementar la Iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe en su tercera etapa (CCH 3) y la transferencia de las funciones y recursos pertinentes del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) al ámbito de la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA), de conformidad con los términos y condiciones que se acuerden oportunamente con los Estados Miembros.

(Quinta reunión, 23 de junio del 2010)

CE146.R10: Orden del día provisional del 50.º Consejo Directivo de la OPS, 62.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

LA 146.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el orden del día provisional (documento CD50/1) preparado por la Directora para el 50.º Consejo Directivo de la OPS, 62.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, que se presenta como anexo del documento CE146/3, Rev. 2;

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

RESUELVE:

Aprobar el orden del día provisional (documento CD50/1) preparado por la Directora para el 50.º Consejo Directivo de la OPS, 62.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

(Sexta reunión, 23 de junio del 2010)

CE146.R11: Premio OPS en Administración 2010

LA 146.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración 2010 (documento CE146/5, Add. I);

Teniendo presente las disposiciones del Procedimiento y los Criterios para conferir el Premio OPS en Administración, según fueron aprobados por la 18.ª Conferencia Sanitaria Panamericana (1970) y modificados por la 24.ª Conferencia Sanitaria Panamericana (1994), la 124.ª sesión del Comité Ejecutivo (1999), la 135.ª sesión del Comité Ejecutivo (2004) y la 140.ª sesión del Comité Ejecutivo (2007);

Tomando nota de la recomendación del Jurado para realizar una modificación en el Procedimiento,

RESUELVE:

1. Felicitar a todos los candidatos al Premio OPS en Administración 2010 por el excelente nivel profesional y por la destacada labor que realizan en beneficio de los países de la Región.
2. Tomar nota de la decisión del Jurado de que se adjudique el Premio OPS en Administración 2010 a la Dra. Elsa Yolanda Palou, de Honduras, por el impacto nacional y subregional que sus actividades administrativas, médicas, docentes e investigativas han tenido en la calidad de la atención brindada a los pacientes con enfermedades transmisibles, especialmente aquellos viviendo con VIH/sida.
3. Modificar el párrafo 11 del Procedimiento para que se lea de la siguiente manera: “Los candidatos que no hayan sido elegidos podrán ser propuestos de nuevo para consideración. En este caso bastará una simple comunicación en la que se incluya cualquier dato adicional pertinente” (ver el Procedimiento y los Criterios anexados).
4. Transmitir el informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración 2010 (documento CE146/5, Add. I), junto con el Procedimiento modificado y los Criterios al 50.º Consejo Directivo.

Anexo

(Sexta reunión, 23 de junio del 2010)

Anexo

**PROCEDIMINETO Y CRITERIOS DE ADJUDICACIÓN DEL PREMIO OPS
EN ADMINISTRACIÓN**

Los Gobiernos de los países de las Américas por medio de sus representantes en las reuniones de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud otorgan anualmente el Premio OPS en Administración, en reconocimiento de una contribución destacada en materia de gestión administrativa dentro del marco de los servicios nacionales de salud.

Procedimientos

1. Con el propósito de contribuir al perfeccionamiento de la gestión de los sistemas y servicios de salud, la Organización Panamericana de la Salud ha establecido el Premio

OPS en Administración de Salud, que consiste en un diploma y la cantidad de US\$ 5.000. Para concederlos se celebrará un concurso anual. Esta suma será modificada, si fuese necesario, por el Comité Ejecutivo previa recomendación del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

2. El Premio se adjudicará al candidato que haya contribuido significativamente en su propio país y en la Región de las Américas al fortalecimiento del desarrollo sanitario, por intermedio de la gestión y ejecución de servicios y programas, de la enseñanza y de la investigación.

3. El Presidente del Comité Ejecutivo designará el Jurado del Premio, que estará constituido por tres representantes de los Gobiernos Miembros de dicho Comité, quienes ejercerán sus funciones por el tiempo que dure su mandato como miembros del Comité Ejecutivo. El Presidente llenará las vacantes que se vayan produciendo entre los miembros del Jurado. Cuando se presenten candidatos de los mismos países representados en el Jurado, el Presidente del Comité Ejecutivo designará a otros representantes de los Gobiernos Miembros del Comité en reemplazo de los anteriores y su mandato tendrá validez únicamente por esa ocasión.

4. El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana invitará a los Gobiernos Miembros a presentar un candidato para el premio. Solo se recibirá una candidatura por país.

5. Los candidatos serán propuestos por los Gobiernos Miembros de la OPS, por conducto de sus ministerios de salud.

6. La propuesta de candidatos se hará de modo que sea recibida por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana antes del 31 de marzo, y se acompañará del currículum vitae y la documentación que acredite la naturaleza y la calidad de la labor realizada. Esta documentación incluirá una descripción breve del efecto que la labor del candidato haya tenido sobre el desarrollo de la práctica de la gestión sanitaria en su país de origen y a nivel de la Región de las Américas. Para facilitar la labor del jurado, se deberá adjuntar un formulario estandarizado elaborado por la OPS con los datos requeridos de cada candidato. Este formulario y la documentación que acredite los méritos del candidato deberá completarse en su totalidad de la manera más exhaustiva posible y respondiendo precisa y objetivamente a cada una de las preguntas que se formulan en el mismo. Se enviará el original y tres copias de toda la documentación.

7. El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana hará llegar a los miembros del Jurado del Premio copias de la documentación presentada, con no menos de 45 días de anticipación a la fecha del inicio de la primera reunión anual del Comité Ejecutivo. De esta manera, el Jurado podrá reunirse y decidir sobre la adjudicación del Premio durante las sesiones del Comité Ejecutivo e informar al mismo sobre su decisión. El Comité Ejecutivo transmitirá la decisión al Consejo Directivo o a la Conferencia Sanitaria Panamericana.
8. Las propuestas de candidaturas recibidas por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana después del 31 de marzo quedarán pendientes a fin de ser examinadas por el Jurado para el año siguiente.
9. El Jurado tendrá la facultad de declarar desierto el Premio si ningún candidato satisface los criterios aprobados.
10. Cuando en un año se reciba solamente una proposición de candidatura dentro del plazo prescrito, el Jurado tendrá la facultad de dejar pendiente esa candidatura para que se considere con otras recibidas en el año siguiente.
11. Los candidatos que no hayan sido elegidos podrán ser propuestos de nuevo para consideración. En este caso bastará una simple comunicación en la que se incluya cualquier dato adicional pertinente.
12. La proclamación del ganador del Premio tendrá lugar durante la reunión del Consejo Directivo o de la Conferencia Sanitaria Panamericana.
13. De ser posible, el Premio será presentado durante la reunión correspondiente del Consejo Directivo o de la Conferencia Sanitaria Panamericana; el costo del viaje será sufragado por el gobierno interesado.
14. Cuando dicha presentación no sea posible, las alternativas incluirán:
 - a) Recepción del Premio durante la reunión del Consejo Directivo o de la Conferencia Sanitaria Panamericana, en nombre del candidato, por un miembro de la delegación de su país.
 - b) Presentación en el país de origen por el Representante de la OPS/OMS en nombre del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

15. Cualquiera que sea el método de presentación del Premio, este será objeto de la publicidad apropiada en los órganos de información, tanto por la Oficina Sanitaria Panamericana como por el gobierno interesado.

16. El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana solicitará a los Gobiernos Miembros que concedan mayor atención a la posibilidad de utilizar el Premio para impulsar el mejoramiento de la gestión sanitaria dentro del marco de los sistemas y servicios nacionales de salud.

17. Con el fin de fortalecer la importancia del Premio y enfatizar su aporte al mejoramiento de la gestión administrativa, la docencia y la investigación, se lo asociará a un tema referido a las prioridades estratégicas de la Organización. Asimismo, se incrementará el rol de las Oficinas de país y de los programas regionales en la difusión de la convocatoria y en incentivar la presentación de postulantes de excelencia en el área respectiva.

18. Estas normas generales y los criterios de adjudicación serán revisados en cualquier momento que se juzgue oportuno en vista de la experiencia obtenida. Las modificaciones aprobadas por el Comité Ejecutivo serán sometidas a la consideración del Consejo Directivo o de la Conferencia Sanitaria Panamericana.

Criterios

1. El Jurado evaluará los méritos relativos de los candidatos con respecto a lo siguiente:
 - a) Excelencia en la práctica de la gestión, a nivel nacional o local indentificando y documentando cambios sustanciales en la mejora de los sistemas y servicios de salud y en las condiciones de salud a nivel nacional y de la Región de las Américas.
 - b) Es también recomendable y constituye un mérito adicional la experiencia y contribuciones sobresalientes en docencia e investigación en administración y ejecución de programas de salud que hayan tenido efectos positivos sobre las actividades sanitarias a nivel nacional y/o internacional y sustentada en testimonios de pares, asociaciones profesionales, instituciones académicas y de investigación, en términos de la importancia de la contribución del postulante al desarrollo de un

liderazgo sanitario. Esta información deberá incluirse en la documentación de acreditación.

CE146.R12: Estrategia y Plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica

LA 146.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora, *Estrategia y Plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica* (documento CE146/18),

RESUELVE:

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

**ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN PARA LA REDUCCIÓN
DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA**

EL 50.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora, *Estrategia y Plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica* (documento CD50/__);

Teniendo en cuenta los mandatos internacionales emanados de la Asamblea Mundial de la Salud, en particular las resoluciones WHA55.23 (2002) y WHA56.23 (2003), así como los compromisos de los Estados Miembros de la Región de las Américas para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM);

Reconociendo las consecuencias de la desnutrición infantil para el desarrollo físico y cognitivo, la respuesta inmunológica y el riesgo de enfermar o de morir prematuramente, así como para el rendimiento escolar y la capacidad funcional, la formación de capital humano, la productividad y el bienestar individual y colectivo;

Reconociendo el derecho de los niños a desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad;

Reconociendo que las condiciones de vida y la desnutrición en edad temprana de la vida condicionan el desarrollo de sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, aterosclerosis, entre otras) con graves consecuencias para el

bienestar de la población, la carga social por la invalidez resultante y los años de vida productiva perdidos;

Resaltando que en la Región de las Américas el indicador talla para la edad refleja mejor tanto la falta prolongada de acceso a una alimentación adecuada como el efecto de otros factores sociales ligados con la pobreza, y que con la tendencia actual que presenta este indicador es posible que varios países no logren alcanzar para el año 2015 la meta 2 del ODM 1 y que difícilmente alcancen el ODM 4 y el ODM 5;

Reiterando que la nutrición es un factor condicionante del desarrollo humano y es afectado, a la vez, por un conjunto de determinantes sociales y económicos;

Reconociendo el alto grado de complementariedad entre esta Estrategia y otras como la Estrategia y el Plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo 2006-2015, y la resolución sobre el Apoyo a los Esfuerzos para la Erradicación de la Desnutrición Infantil en las Américas de la Asamblea General de la OEA (AG/RES. 2346 [XXXVII-O/07]);

Acogiendo con satisfacción el marco conceptual y operativo logrado por consenso interinstitucional en la Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo (APND), para el abordaje de la malnutrición (desnutrición aguda y crónica, sobrepeso, obesidad y deficiencias específicas de micronutrientes),

RESUELVE:

1. Respalda la Estrategia y aprueba el Plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica y su consideración en políticas, planes y programas de desarrollo, así como en las propuestas y la discusión de los presupuestos nacionales, que les permita crear las condiciones propicias para prevenir la desnutrición crónica.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) den prioridad a las acciones intersectoriales para prevenir la desnutrición crónica;
 - b) promuevan el diálogo y la coordinación entre ministerios y otras instituciones del sector público, así como entre los sectores público, privado y la sociedad civil, para lograr consensos nacionales en relación con el enfoque de los determinantes sociales y el enfoque de curso de vida en la prevención de la desnutrición crónica;
 - c) propongan y pongan en marcha políticas, planes, programas e intervenciones interministeriales encaminados a prevenir la desnutrición crónica en todos los niveles de gobierno de los Estados Miembros;

- d) establezcan un sistema integrado de monitoreo, evaluación y rendición de cuentas de políticas, planes, programas e intervenciones, que permita no solo conocer su impacto sobre la reducción de la desnutrición crónica sino la situación de sus determinantes sociales, y orientar la toma de decisiones de manera oportuna;
 - e) pongan en marcha procesos de revisión y análisis internos sobre la pertinencia y viabilidad de la presente Estrategia y el Plan de acción, y en base a las prioridades, necesidades y capacidades nacionales.
3. Solicitar a la Directora:
- a) que proporcione apoyo a los Estados Miembros, en colaboración con otras agencias internacionales, para iniciar un proceso de análisis interno de la aplicabilidad de la presente Estrategia y Plan de acción y la puesta en marcha de actividades tendientes a su ejecución;
 - b) que promueva la implementación y coordinación de esta Estrategia y el Plan de acción, garantizando su carácter transversal a través de las áreas programáticas y los diferentes contextos regionales y subregionales de la Organización;
 - c) que promueva y consolide la colaboración con los países y entre ellos, así como el intercambio de experiencias y de lecciones aprendidas;
 - d) que promueva la incorporación de evaluaciones externas independientes en la medición de la reducción de la desnutrición crónica;
 - e) que respalde el desarrollo y el fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos y la prestación de servicios con calidad;
 - f) que promueva la formación de alianzas nacionales, municipales y locales con otras agencias internacionales, instituciones científico-técnicas, organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil organizada, el sector privado y otros, siguiendo el conjunto de intervenciones integradas acordadas por la APND;
 - g) que informe periódicamente a los Cuerpos Directivos sobre los progresos y las limitaciones en la ejecución de la presente Estrategia y el Plan de acción, así como su adecuación a contextos y necesidades específicas.

(Sexta reunión, 23 de junio del 2010)

CE146.R13: Modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

LA 146.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado las modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana presentadas por la Directora en el anexo del documento CE146/29;

Teniendo en cuenta las decisiones de la 63.ª Asamblea Mundial de la Salud con respecto a la remuneración de los Directores Regionales, Subdirectores Generales y el Director General;

Consciente de las disposiciones del artículo 020 del Reglamento del Personal y del párrafo 3.1 del Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana;

Reconociendo la necesidad de que haya uniformidad con respecto a las condiciones de empleo del personal de la Oficina Sanitaria Panamericana y las de la Organización Mundial de la Salud,

RESUELVE:

1. Ratificar, en conformidad con el artículo 020 del Reglamento del Personal, las modificaciones del Reglamento del Personal¹ que han sido introducidas por la Directora, con efecto a partir del 1 de julio del 2010, en cuanto a: definiciones, normas para la contratación, normas para el nombramiento, licencia anual, seguro de enfermedad y accidente, licencia por enfermedad, licencia de paternidad y apelaciones.
2. Establecer, con efecto a partir del 1 de enero del 2010, el sueldo anual del Director Adjunto de la Oficina Sanitaria Panamericana en US\$ 183.022 antes de deducir las contribuciones del personal, lo que da lugar a un sueldo neto modificado de \$131.964 (con familiares a cargo) o \$119.499 (sin familiares a cargo).
3. Establecer, con efecto a partir del 1 de enero del 2010, el sueldo anual del Subdirector de la Oficina Sanitaria Panamericana en \$181.483 antes de deducir las contribuciones del personal, lo que da lugar a un sueldo neto modificado de \$130.964 (con familiares a cargo) o \$118.499 (sin familiares a cargo).

¹ Ver anexo A.

4. Recomendar al 50.º Consejo Directivo que ajuste el sueldo anual de la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana y modifique el párrafo 4.3 del Estatuto del Personal mediante la aprobación de la siguiente resolución:

**SUELDO DEL DIRECTOR Y MODIFICACIONES DEL REGLAMENTO DEL
PERSONAL DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

EL 50.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el documento CD50/____;

Habiendo considerado la revisión de la escala de sueldos básicos/mínimos para las categorías profesional y superior del personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, en vigor a partir del 1 de enero del 2010;

Teniendo en cuenta la decisión del Comité Ejecutivo en su 146.^a sesión de ajustar los sueldos del Director Adjunto y del Subdirector de la Oficina Sanitaria Panamericana,

RESUELVE:

1. Establecer, con efecto a partir del 1 de enero del 2010, el sueldo anual de la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana, en \$201.351 antes de deducir las contribuciones del personal, lo que da lugar a un sueldo neto modificado de \$143.878 (con familiares a cargo) o de \$129.483 (sin familiares a cargo).
2. Aprobar la modificación del párrafo 4.3 del Estatuto del Personal² mediante la cual se aclara que deben considerarse los principios de diversidad e inclusión para la contratación del personal.

Anexos

(Séptima reunión, 24 de junio del 2010)

² Ver anexo B.

REGLAMENTO DEL PERSONAL

TEXTO ACTUAL	TEXTO QUE SE PROPONE
310. DEFINICIONES ... 310.4 La “remuneración por cese” es la cifra que se emplea para calcular los pagos por separación establecidos en el artículo 380.2. Para los funcionarios de la categoría de servicios generales, la "remuneración por cese" es el equivalente del sueldo básico bruto (menos el impuesto del personal), más el subsidio por el conocimiento de idiomas. Para el personal de las categorías profesional y superior, la "remuneración por cese" es el equivalente del sueldo básico neto. ...	310. DEFINICIONES ... 310.4 La “remuneración por cese” es la cifra que se emplea para calcular los pagos por separación establecidos en el artículo 380.2. Para los funcionarios de la categoría de servicios generales y la categoría de funcionario profesional de contratación nacional, la "remuneración por cese" es el equivalente del sueldo básico bruto (menos el impuesto del personal), más el subsidio por el conocimiento de idiomas. Para el personal de las categorías profesional y superior, la "remuneración por cese" es el equivalente del sueldo básico neto. ...
410. NORMAS PARA LA CONTRATACIÓN 410.1 En la selección del personal las consideraciones principales serán la competencia profesional y la integridad de los candidatos. Para los puestos de categoría profesional y superior se dará también la consideración debida a la representación geográfica que, en cambio, no se tendrá en cuenta en relación con los puestos de contratación local. ...	410. NORMAS PARA LA CONTRATACIÓN 410.1 En la selección del personal las consideraciones principales serán la competencia profesional y la integridad de los candidatos con la debida consideración de los principios de diversidad e inclusión. Para los puestos de categoría profesional y superior se dará también la consideración debida a la representación geográfica que, en cambio, no se tendrá en cuenta en relación con los puestos de contratación local. ...

TEXTO ACTUAL	TEXTO QUE SE PROPONE
420. NORMAS PARA EL NOMBRAMIENTO 1 ... 420.5. Los nombramientos pueden ser a tiempo completo, a tiempo parcial o por la duración efectiva del empleo. ...	420. NORMAS PARA EL NOMBRAMIENTO <u>1</u>/ ... 420.5. Los nombramientos pueden ser a tiempo completo o a tiempo parcial o por la duración efectiva del empleo. ...
630. LICENCIA ANUAL ... 630.3. Todos los miembros del personal acumularán licencia anual, excepto: 630.3.1. los contratados “por la duración efectiva del empleo”; 630.3.2. las personas con nombramientos temporales de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 420.4, contratadas por días; 630.3.3. los funcionarios que gocen de licencia sin sueldo en virtud del Artículo 655.1 cuando ésta exceda de 30 días; 630.3.4. los funcionarios en licencia especial con derecho al seguro que exceda de 30 días; 630.3.5. cuando se especifique otra cosa en el Reglamento.	630. LICENCIA ANUAL ... 630.3. Todos los miembros del personal acumularán licencia anual, excepto: 630.3.1. los contratados “por la duración efectiva del empleo”; 630.3.2 1. las personas con nombramientos temporales de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 420.4, contratadas por días; 630.3.3 2. los funcionarios que gocen de licencia sin sueldo en virtud del Artículo 655.1 cuando ésta exceda de 30 días; 630.3.4 3. los funcionarios en licencia especial con derecho al seguro que exceda de 30 días; 630.3.5 4. cuando se especifique otra cosa en el Reglamento.

TEXTO ACTUAL	TEXTO QUE SE PROPONE
720. SEGURO DE ENFERMEDAD Y ACCIDENTE ... 720.2.2. Los miembros del personal contratados por menos de un año y los titulares de “contratos por la duración efectiva del empleo” estarán asegurados respecto a los gastos de asistencia médica y hospitalización y contra los riesgos de muerte o invalidez, en las condiciones estipuladas en la póliza de seguro contra accidentes y enfermedad suscrita por la Oficina que les concierne y a cuyo pago han de contribuir.	720. SEGURO DE ENFERMEDAD Y ACCIDENTE ... 720.2.2. Los miembros del personal contratados por menos de un año y los titulares de contratos “por la duración efectiva del empleo” estarán asegurados respecto a los gastos de asistencia médica y hospitalización y contra los riesgos de muerte o invalidez, en las condiciones estipuladas en la póliza de seguro contra accidentes y enfermedad suscrita por la Oficina que les concierne y a cuyo pago han de contribuir.
740. LICENCIA POR ENFERMEDAD 740.1. Los miembros del personal a excepción de los contratados “por la duración efectiva del empleo” y de los excluidos en virtud de las disposiciones del Artículo 1320, podrán obtener licencia por enfermedad con sueldo, dentro de los límites que a continuación se indican, cuando no puedan ejercer sus funciones por enfermedad o accidente o cuando debido a disposiciones de salud pública no puedan concurrir al lugar de trabajo: ...	740. LICENCIA POR ENFERMEDAD 740.1. Los miembros del personal, a excepción de los contratados “por la duración efectiva del empleo”, de los excluidos en virtud de las disposiciones del Artículo 1320, podrán obtener licencia por enfermedad con sueldo, dentro de los límites que a continuación se indican, cuando no puedan ejercer sus funciones por enfermedad o accidente o cuando debido a disposiciones de salud pública no puedan concurrir al lugar de trabajo: ...

TEXTO ACTUAL	TEXTO QUE SE PROPONE
763. LICENCIA DE PATERNIDAD Prevía presentación de pruebas satisfactorias del nacimiento de su hijo, los miembros del personal, excepto los titulares de un contrato temporal de conformidad con lo dispuesto en el artículo 420.4, tendrán derecho a la licencia de paternidad por un período de cuatro semanas o, en circunstancias excepcionales, de ocho semanas. Los funcionarios de contratación internacional asignados a lugares de destino donde no puede vivir la familia tendrán derecho a licencia de paternidad por un período de ocho semanas. La licencia de paternidad deberá usarse en su totalidad en los 12 meses siguientes al nacimiento del hijo.	763. LICENCIA DE PATERNIDAD Prevía presentación de pruebas satisfactorias del nacimiento de su hijo, los miembros del personal, excepto los titulares de un contrato temporal de conformidad con lo dispuesto en el artículo 420.4, tendrán derecho a la licencia de paternidad por un período de cuatro semanas o, en circunstancias excepcionales, de ocho semanas. Los funcionarios de contratación internacional asignados a lugares de destino donde no puede vivir la familia tendrán derecho a licencia de paternidad por un período de ocho semanas. La licencia de paternidad deberá usarse en su totalidad en los 12 meses siguientes al nacimiento del hijo. 763.1. Prevía presentación de pruebas satisfactorias del nacimiento de su hijo, los funcionarios tendrán derecho a la licencia de paternidad. La licencia de paternidad deberá usarse en su totalidad en los 12 meses siguientes al nacimiento del hijo. 763.2. Los funcionarios titulares de un nombramiento de plazo fijo, según se define en el artículo 420.3, o de un nombramiento de servicio, según se define en el artículo 420.2, tendrán derecho a: 763.2.1. la licencia de paternidad por un período de cuatro semanas o, en circunstancias excepcionales, de ocho semanas. 763.2.2. Los funcionarios de contratación internacional asignados a lugares de destino en los que no pueden estar acompañados de sus familiares tendrán derecho a licencia de paternidad por un período de ocho semanas. 763.3. Los funcionarios titulares de un contrato temporal, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 420.4, tendrán derecho a la licencia de paternidad por un período de dos semanas.

TEXTO ACTUAL	TEXTO QUE SE PROPONE
1230 JUNTA DE APELACIÓN ... 1230.4. Las siguientes disposiciones regularán las condiciones en que puede interponerse recurso: 1230.4.1. Ningún miembro del personal podrá apelar ante la Junta a menos que haya agotado todos los recursos administrativos existentes y que la decisión impugnada sea definitiva. Se considerará definitiva cualquier decisión adoptada por un funcionario competente para el caso y comunicada por escrito al interesado. ...	1230 JUNTA DE APELACIÓN ... 1230.4. Las siguientes disposiciones regularán las condiciones en que puede interponerse recurso: 1230.4.1. Ningún miembro del personal podrá apelar ante la Junta a menos que haya agotado todos los recursos administrativos existentes y que la decisión impugnada sea definitiva. Se considerará definitiva cualquier decisión adoptada por un funcionario competente para el caso el funcionario principal responsable de la gestión de recursos humanos de la Organización y comunicada por escrito al interesado. ...

Escala de sueldos para la categoría profesional y superior: sueldos anuales brutos y equivalentes netos después de deducidas las contribuciones del personal
(en dólares de los Estados Unidos)

En vigor a partir del 1 de enero del 2010

		ESCALÓN														
Categoría		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV
			*	*	*	*	*									
D-2	Bruto	149.903	153.214	156.529	159.846	163.160	166.475									
	Neto D	110.434	112.589	114.744	116.900	119.054	121.209									
	Neto S	101.454	103.273	105.085	106.891	108.693	110.485									
						*	*	*	*	*						
D-1	Bruto	137.021	139.804	142.581	145.365	148.149	150.972	153.885	156.794	159.703						
	Neto D	101.674	103.567	105.455	107.348	109.241	111.132	113.025	114.916	116.807						
	Neto S	93.979	95.623	97.264	98.900	100.534	102.164	103.787	105.410	107.028						
												*	*	*		
P-5	Bruto	113.404	115.771	118.140	120.504	122.874	125.238	127.607	129.974	132.341	134.707	137.075	139.441	141.810		
	Neto D	85.615	87.224	88.835	90.443	92.054	93.662	95.273	96.882	98.492	100.101	101.711	103.320	104.931		
	Neto S	79.537	80.967	82.393	83.818	85.241	86.659	88.077	89.491	90.904	92.314	93.721	95.124	96.528		
														*	*	*
P-4	Bruto	92.907	95.064	97.221	99.378	101.626	103.909	106.196	108.478	110.763	113.044	115.331	117.612	119.897	122.182	124.468
	Neto D	71.393	72.946	74.499	76.052	77.606	79.158	80.713	82.265	83.819	85.370	86.925	88.476	90.030	91.584	93.138
	Neto S	66.482	67.897	69.311	70.720	72.130	73.539	74.946	76.351	77.754	79.157	80.558	81.958	83.357	84.755	86.151
														*	*	*
P-3	Bruto	75.972	77.968	79.967	81.961	83.960	85.956	87.951	89.951	91.947	93.943	95.943	97.936	99.936	102.044	104.157
	Neto D	59.200	60.637	62.076	63.512	64.951	66.388	67.825	69.265	70.702	72.139	73.579	75.014	76.454	77.890	79.327
	Neto S	55.259	56.581	57.906	59.227	60.551	61.871	63.192	64.517	65.837	67.159	68.477	69.796	71.112	72.431	73.749
												*				
P-2	Bruto	61.919	63.707	65.492	67.279	69.065	70.850	72.638	74.419	76.208	77.996	79.779	81.568			
	Neto D	49.082	50.369	51.654	52.941	54.227	55.512	56.799	58.082	59.370	60.657	61.941	63.229			
	Neto S	46.037	47.205	48.368	49.534	50.698	51.864	53.049	54.230	55.417	56.600	57.781	58.967			
P-1	Bruto	47.968	49.496	51.146	52.867	54.579	56.296	58.014	59.732	61.444	63.161					
	Neto D	38.854	40.092	41.325	42.564	43.797	45.033	46.270	47.507	48.740	49.976					
	Neto S	36.651	37.790	38.930	40.068	41.207	42.344	43.484	44.609	45.728	46.848					

D = Tasa aplicable a los funcionarios con cónyuge o hijos a cargo.

S = Tasa aplicable a los funcionarios sin cónyuge ni hijos a cargo.

* = El período normal de servicio para un aumento de escalones consecutivos dentro del mismo grado es uno año, excepto por los escalones marcados con un asteris para los cuales se requieren dos años de servicio en el escalón anterior.

ESTATUTO DEL PERSONAL

TEXTO ACTUAL	TEXTO QUE SE PROPONE
ARTÍCULO IV Nombramientos y ascensos ... 4.3. La selección de los miembros del personal se hará prescindiendo de toda consideración de raza, religión o sexo; se basará en la evaluación completa de las aptitudes y experiencias del candidato (a), y normalmente deberá seguir un proceso competitivo de selección. No será necesario convocar un concurso de selección en el caso de aquellas vacantes que, por el interés de la Oficina, deban cubrirse por traslado de un funcionario (a) sin ascenso. ...	ARTÍCULO IV Nombramientos y ascensos ... 4.3. La selección de los miembros del personal tendrá en consideración los principios de diversidad e inclusión y se hará prescindiendo de toda consideración de raza, religión, o sexo o discapacidad; se basará en la evaluación completa de las aptitudes y experiencias del candidato (a), y normalmente deberá seguir un proceso competitivo de selección. No será necesario convocar un concurso de selección en el caso de aquellas vacantes que, por el interés de la Oficina, deban cubrirse por traslado de un funcionario (a) sin ascenso. ...

CE146.R14: Estrategia y Plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas

LA 146.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el documento CE146/14, Rev. 1, *Estrategia y Plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas*,

RESUELVE:

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

ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN, EL CONTROL Y LA ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

EL 50.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado documento CD50/__, *Estrategia y Plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas*, y tomando en consideración:

- a) que existen mandatos y resoluciones anteriores de la Organización Panamericana de la Salud, como la resolución CD49.R19 del 49.º Consejo Directivo (2009), *Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza*, y la resolución WHA63.20 de la Asamblea Mundial de la Salud (2010), *Enfermedad de Chagas: control y eliminación*;
- b) la necesidad de cumplir la “agenda inconclusa”, ya que la proporción de la población afectada sigue siendo alta entre los más pobres y los pueblos más marginados de las Américas, y de abordar los determinantes de la salud para reducir la carga sanitaria, social y económica que representa la enfermedad de Chagas;
- c) la vasta experiencia de la Región de las Américas en la implementación de estrategias para la eliminación de enfermedades transmisibles y los progresos logrados en la reducción de la carga que significa la enfermedad de Chagas, para cuya prevención y control existen intervenciones de salud pública adecuadas y efectivas en función del costo;

- d) los logros obtenidos por los Estados Miembros por medio de las iniciativas subregionales de prevención y control de la enfermedad de Chagas, pero consciente de la necesidad de ampliar las acciones existentes,

RESUELVE:

1. Respalda la Estrategia y aprobar el Plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) revisen los planes nacionales o establezcan nuevos planes para la prevención, el control y la optimización del acceso a la atención médica de la enfermedad de Chagas con un enfoque integral que abarque los determinantes sociales de la salud, tomando en cuenta la colaboración interprogramática y la acción intersectorial;
 - b) fortalezcan y privilegien el ámbito de las iniciativas subregionales de prevención y control de la enfermedad de Chagas, incorporando a las mismas el componente de atención médica a los afectados, para seguir avanzando mediante la cooperación técnica entre países hacia el logro de los objetivos propuestos;
 - c) provean los recursos necesarios e implementen la Estrategia y el Plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas;
 - d) multipliquen esfuerzos para alcanzar la meta ya establecida de eliminación de la transmisión vectorial de *T. cruzi* para el año 2015, así como para actuar sobre las vías de transmisión transfusional, transplacentaria, por donación de órganos y otras;
 - e) pongan en práctica las estrategias de prevención, diagnóstico, atención médica, tratamiento y control vectorial de una manera integrada, con amplia participación comunitaria, de manera que contribuyan al fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud, incluidos la atención primaria de salud y los sistemas de vigilancia, y de alerta y repuesta, teniendo en cuenta las particularidades de género y de los grupos étnicos;
 - f) apoyen las investigaciones tendientes a suministrar evidencia científica apropiada en las áreas de control, vigilancia, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas para alcanzar las metas establecidas en la presente Estrategia y el Plan de acción, con énfasis en el desarrollo de pruebas diagnósticas asequibles y oportunas, incluida la prueba de cura, y medicamentos más seguros.

3. Solicitar a la Directora:

- a) que apoye la ejecución de la Estrategia y el Plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas y provea la cooperación técnica necesaria a los países para la preparación y ejecución de los planes nacionales de acción;
- b) que continúe abogando por una movilización activa de los recursos y promueva la colaboración estrecha para forjar alianzas que respalden la aplicación de esta resolución, caso del fondo fiduciario destinado a apoyar la eliminación de las enfermedades desatendidas y otras enfermedades infecciosas relacionadas con la pobreza, citado en la resolución CD49.R19 (2009);
- c) que refuerce los mecanismos regionales para mejorar el acceso y la distribución del tratamiento etiológico de la enfermedad de Chagas y estimule nuevos avances en esta materia, para superar barreras y dificultades en materia de accesibilidad al tratamiento;
- d) que promueva y fortalezca la cooperación técnica entre los países y la generación de alianzas estratégicas para llevar a cabo actividades dirigidas a la eliminación de la enfermedad de Chagas como problema de salud pública;
- e) que brinde su apoyo al fortalecimiento de la atención primaria de salud, así como al seguimiento y la evaluación de los planes nacionales de acción que se están ejecutando.

(Octava reunión, 24 de junio del 2010)

CE146.R15: Estrategia y Plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita

LA 146.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora *Estrategia y Plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita* (documento CE146/15), sobre la base del Plan Estratégico de la OPS para el período 2008-2012,

RESUELVE:

Recomendar al Consejo Directivo que considere la aprobación de una resolución en los siguientes términos:

**ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN PARA LA ELIMINACIÓN
DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL
DEL VIH Y DE LA SÍFILIS CONGÉNITA**

EL 50.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora *Estrategia y Plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita* (documento CD50/___), sobre la base del Plan Estratégico de la OPS para el período 2008-2012;

Considerando que la revisión de la situación actual indica que las dos condiciones básicas para la eliminación de ambas enfermedades están al alcance de los países de las Américas: disponibilidad de medios eficaces para interrumpir la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita (viabilidad biológica) y disponibilidad de medidas prácticas de tratamiento y herramientas de diagnóstico simples, asequibles y sostenibles (viabilidad programática y financiera);

Resaltando que aunque muchos países han ampliado exitosamente la respuesta frente al VIH mediante la generalización de las pautas de prevención de la transmisión maternoinfantil, no se ha mejorado en forma simultánea el acceso al diagnóstico y tratamiento de la sífilis congénita y que persisten problemas organizativos y de gestión en los sistemas de salud de la Región, como la fragmentación de servicios, inequidad en la prestación, carencia y capacidad de recursos humanos y falta de insumos;

Reconociendo que se busca superar la arcaica concepción de que la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita se abordaban de manera separada, con un enfoque más dirigido a la enfermedad que a la persona, y que ambas condiciones se dan, o pueden darse, en una misma mujer y los servicios provistos tendrán un impacto en el conjunto de la familia;

Teniendo presente los compromisos de las resoluciones: *Plan de acción para la eliminación de la sífilis congénita* (resolución CE116.R3 [1995]); *Ampliación del tratamiento como parte de la respuesta integral a la infección por el VIH/SIDA* (resolución CD45.R10 [2004]); *Plan estratégico regional de la Organización Panamericana de la Salud para el control de la infección por el VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual (2006-2015)* (resolución CD46.R15 [2005]); y *Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza* (resolución CD49.R19 [2009]);

Reconociendo que la Organización Panamericana de la Salud ha colaborado con los países de la Región para establecer bases conceptuales, técnicas e infraestructura para la elaboración de programas y políticas nacionales de salud reproductiva y sexual, con enfoque en la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita;

Considerando la importancia de un plan de acción para poner en marcha la Estrategia para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita, que guiará la preparación de futuros planes nacionales, según corresponda, y los planes estratégicos de todas las organizaciones interesadas en la cooperación para la salud con esta meta en los países de las Américas,

RESUELVE:

1. Respalda la Estrategia y aprueba el Plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita hasta el 2015 para responder de manera eficaz y eficiente a las necesidades actuales y emergentes, con consideración específica a las desigualdades prevalecientes en el estado de la salud, para fortalecer la respuesta del sistema sanitario a fin de elaborar y ejecutar políticas, leyes, planes, programas y servicios para este problema de salud pública.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) prioricen la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita y la reducción de los factores de riesgo mediante la integración de intervenciones de prevención y control de la infección por VIH y las ITS en los servicios de atención prenatal, salud sexual y reproductiva, y otros relacionados;
 - b) elaboren y ejecuten los planes nacionales y promuevan el establecimiento de políticas públicas guiadas por la Estrategia y el Plan de acción, centrándose en las necesidades de las poblaciones en riesgo y en situación de vulnerabilidad;
 - c) coordinen con otros países de la Región para el intercambio de experiencias y herramientas, abogacía conjunta, seguimiento y evaluación de los avances de la iniciativa de eliminación;
 - d) ejecuten la Estrategia y el Plan de acción, según corresponda, dentro de un enfoque integrado del sistema de salud sobre la base de la atención primaria de salud, haciendo hincapié en la acción intersectorial, vigilando y evaluando la eficacia del programa y la asignación de recursos;

- e) promuevan la recopilación y el uso de datos sobre la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita, desglosados por edad, sexo y grupo étnico, y el uso del análisis de género, de nuevas tecnologías (por ejemplo, sistemas de información geográfica) y de modelos de proyección para fortalecer la planificación, ejecución y vigilancia de planes, políticas, programas, leyes e intervenciones nacionales relacionados con la salud reproductiva y sexual;
- f) aumenten la cobertura de los servicios de salud de calidad y el acceso a ellos — incluidos la promoción, la prevención, el diagnóstico temprano, el tratamiento eficaz y la atención en curso— para que estimule una mayor demanda y utilización por las mujeres en edad reproductiva, embarazadas y sus parejas;
- g) fomenten el aumento de la capacidad de los responsables de las políticas, los directores de programas y los proveedores de atención sanitaria, para elaborar políticas y programas que procuren la promoción del desarrollo de la comunidad, y presten servicios de salud de calidad y eficaces que atiendan las necesidades de salud reproductiva y sexual y sus determinantes de la salud relacionados;
- h) mejoren la coordinación dentro del sector de la salud y con los asociados de otros sectores a fin de procurar que se pongan en práctica medidas e iniciativas sobre la salud y el desarrollo de la salud reproductiva y sexual y, aunado a ello, reducir al mínimo la duplicidad de funciones y potenciar al máximo la repercusión de los recursos limitados;
- i) promuevan una participación comunitaria activa y protagónica en el sector salud.

3. Solicitar a la Directora:

- a) que promueva la coordinación y la puesta en práctica de la Estrategia y el Plan de acción mediante la integración de las acciones por las áreas programáticas de la OPS, en los ámbitos nacional, subregional, regional e interagencial;
- b) que colabore con los Estados Miembros en la puesta en práctica de la Estrategia y el Plan de acción según su propio contexto y prioridades nacionales, y que promueva la difusión y el uso de los productos derivados de ello en los ámbitos nacional, subregional, regional e interagencial;
- c) que fomente el desarrollo de iniciativas colaborativas de investigación que puedan ofrecer datos probatorios necesarios para establecer y difundir programas e intervenciones efectivos y adecuados para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita y para la mejoría de la salud reproductiva y sexual;

- d) que establezca nuevas alianzas y fortalezca las existentes dentro de la comunidad internacional, a fin de movilizar los recursos humanos, financieros y tecnológicos necesarios para la puesta en marcha de la Estrategia y el Plan de acción;
- e) que fomente la cooperación técnica entre países, subregiones, organizaciones internacionales y regionales, entidades del gobierno, organizaciones privadas, universidades, medios de comunicación, sociedad civil y comunidades, en actividades que promuevan la salud sexual y reproductiva;
- f) que promueva la coordinación entre la Estrategia y el Plan de acción e iniciativas similares de otros organismos internacionales de cooperación técnica y financiamiento;
- g) que rinda cuentas periódicamente a los Cuerpos Directivos sobre los progresos y las limitaciones evaluados durante la ejecución de la Estrategia y el Plan de acción, y que considere la adaptación del Plan para responder a los contextos variables y los nuevos retos en la Región.

(Séptima reunión, 24 de junio del 2010)

CE146.R16: La salud y los derechos humanos

LA 146.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el documento conceptual *La salud y los derechos humanos* (documento CE146/21, Rev. 1),

RESUELVE:

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

LA SALUD Y LOS DERECHOS HUMANOS

El 50.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el documento conceptual *La salud y los derechos humanos* (documento CD50/___);

Tomando en cuenta que la Constitución de la Organización Mundial de la Salud establece un principio internacional fundamental en virtud del cual “el goce del grado

máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”;

Reconociendo que en la Agenda de Salud para las Américas (2008-2017) los(as) ministros(as) y secretarios(as) de salud: a) declararon su compromiso renovado con el principio mencionado anteriormente establecido en la Constitución de la OMS; b) reconocieron que los derechos humanos son parte de los principios y valores inherentes a la Agenda de Salud, y c) declararon que, con el propósito de hacer realidad el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, los países deben procurar la universalidad, accesibilidad, integralidad, calidad e inclusión en los sistemas de salud dispuestos para individuos, familias y comunidades;

Consciente de que el Plan Estratégico de la OPS 2008-2012 Modificado señala que “...el derecho internacional de derechos humanos, consagrado en convenios y estándares internacionales y regionales en materia de derechos humanos, ofrece un marco conceptual y jurídico unificador de estas estrategias, así como medidas para evaluar el progreso y aclarar la rendición de cuentas y las responsabilidades de los distintos interesados...”;

Reconociendo que los instrumentos de derechos humanos de los sistemas de las Naciones Unidas e Interamericano son útiles para el progreso de los Estados Miembros con relación al cumplimiento de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM), en especial aquellos relacionados con erradicar la pobreza extrema y el hambre (ODM 1), reducir la mortalidad infantil (ODM 4), mejorar la salud materna (ODM 5) y combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades (ODM 6);

Observando que la Conferencia Sanitaria Panamericana y el Consejo Directivo han recomendado a los Estados Miembros que formulen y adopten políticas, planes y legislaciones en materia de salud de conformidad con los instrumentos internacionales de derechos humanos, que sean aplicables, en el contexto de la salud mental (documento CD49/11), el envejecimiento activo y saludable (documento CD49/8), la salud de adolescentes y jóvenes (documento CD49/12), la igualdad de género (documento CD49/13), la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas (documento CSP26/14), el acceso a la atención para las personas que viven con el VIH (documento CD46/20), la salud de los pueblos indígenas (documento CD47/13) y la discapacidad, prevención y rehabilitación (documento CD47/15), entre otros;

Reconociendo que en algunos Estados Miembros de la OPS los asuntos relacionados con la salud pueden estar bajo diferentes niveles de jurisdicción,

RESUELVE:

1. Exhortar a los Estados Miembros a que, teniendo en cuenta su contexto nacional, posibilidades financieras y presupuestarias, así como su legislación vigente:
 - a) fortalezcan la capacidad técnica de la autoridad sanitaria para trabajar con las entidades gubernamentales de derechos humanos correspondientes, tales como las defensorías y secretarías de derechos humanos, para evaluar y vigilar la implementación de los instrumentos internacionales de derechos humanos que sean aplicables relacionados con la salud;
 - b) fortalezcan la capacidad técnica de la autoridad sanitaria a fin de apoyar la formulación de políticas y planes de salud de conformidad con los instrumentos internacionales de derechos humanos que sean aplicables relacionados con la salud;
 - c) consideren utilizar la cooperación técnica de la OPS en la formulación, la revisión y, si fuera necesario, la reformulación de los planes nacionales y la legislación sobre salud, incorporando los instrumentos internacionales de derechos humanos que sean aplicables, especialmente las disposiciones referentes a la protección de los grupos en situación de vulnerabilidad;
 - d) promuevan y fortalezcan los programas de capacitación de los trabajadores de la salud sobre los instrumentos internacionales de derechos humanos que sean aplicables;
 - e) formulen y, de ser posible, adopten medidas de carácter legislativo, administrativo, educativo y de otra índole para difundir los instrumentos internacionales de derechos humanos que sean aplicables sobre la protección del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y otros derechos humanos relacionados entre el personal apropiado de los poderes legislativos, judiciales y otras autoridades gubernamentales;
 - f) promuevan la difusión de información entre las organizaciones de la sociedad civil y otros actores sociales, cuando corresponda, con respecto a los instrumentos internacionales de derechos humanos que sean aplicables relacionados con la salud, a fin de abordar la estigmatización, la discriminación y la exclusión de los grupos en situación de vulnerabilidad.
2. Solicitar a la Directora que, en la medida que los recursos financieros de la Organización lo permitan:

- a) continúe facilitando la colaboración técnica de la OPS con los comités, órganos y relatorias de derechos humanos de los sistemas de las Naciones Unidas e Interamericano;
- b) continúe capacitando al personal de la Organización para que, progresivamente, las áreas técnicas, en especial aquellas más relacionadas con la protección de la salud de los grupos en situación de vulnerabilidad, incorporen en sus programas los instrumentos internacionales de derechos humanos relacionados con la salud;
- c) promueva y estimule la colaboración e investigación con las entidades docentes, el sector privado, las organizaciones de la sociedad civil y otros actores sociales, cuando corresponda, a fin de promover y proteger los derechos humanos en consonancia con los instrumentos de derechos humanos relacionados con la salud;
- d) promueva el intercambio de buenas prácticas y experiencias exitosas entre los Estados Miembros de la OPS a fin de evitar la estigmatización, la discriminación y la exclusión de los grupos en situación de vulnerabilidad.

(Octava reunión, 24 de junio del 2010)

CE146.R17 Instituciones nacionales asociadas con la OPS para la cooperación técnica

LA 146.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el documento CE146/12, Rev. 1, *Instituciones nacionales asociadas con la OPS para la cooperación técnica*,

RESUELVE:

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

**INSTITUCIONES NACIONALES ASOCIADAS CON LA OPS
PARA LA COOPERACIÓN TÉCNICA**

EL 50.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el documento CD50/____, *Instituciones Nacionales Asociadas con la OPS para la Cooperación Técnica*;

Considerando el artículo 71 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS); el artículo 26 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como los marcos de gobernanza y mandatos emitidos por el Comité Ejecutivo, el Consejo Directivo y la Conferencia Panamericana Sanitaria de la OPS (resolución CD19.R37 [1969]; resolución CE61.R12 [1969]; resolución CE64.R19 [1970]; resolución CSP18.R33 [1970]; resolución CD25.R31 [1977]; documento CD25/29 [1977]; resolución CSP20.R31 [1978]; documento CSP20/3 [1978]; documento CE99/9 [1987]; resolución CE126.R15 [2000]; documento CE126/7 y Add. I [2000]; documento CE136/12 [2005], y documento CE139/7 [2006]);

Reconociendo que uno de los objetivos fundamentales de la OPS/OMS es el fortalecimiento de las capacidades nacionales para el logro sostenible de metas de salud pública de orden nacional y mundial, y que estas capacidades demandan enfoques amplios que puedan incidir sobre los factores determinantes de la salud, asegurar una colaboración intersectorial y promover iniciativas público-privadas y con la sociedad civil;

Tomando nota que a través de los años la cooperación técnica de la OPS/OMS con sus Estados Miembros se ha sustentado en forma significativa en la participación de las instituciones nacionales, y que se requiere de un proceso de formalización de relaciones institucionales de trabajo que permita a la OPS actuar como catalizador en la movilización y el fortalecimiento de estas capacidades;

Destacando que la presente propuesta complementa el trabajo de la OPS/OMS con los Centros Colaboradores de la OMS y las organizaciones no gubernamentales en relaciones oficiales con la OPS/OMS,

RESUELVE:

1. Aprobar una nueva categoría de relaciones con instituciones a ser conocida como *Instituciones Nacionales Asociadas con la Organización Panamericana de la Salud para la Cooperación Técnica (INACO)* y los procedimientos para la identificación, designación y seguimiento de las mismas.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) fomenten la movilización, utilización y fortalecimiento de las capacidades de las *INACO* del país en apoyo a los procesos de desarrollo de la salud a nivel nacional y subnacional en alianza estratégica con la OPS/OMS;
 - b) colaboren con la OPS/OMS en la implementación de un proceso formal de selección de instituciones nacionales que participen en la cooperación técnica en salud, así como en el establecimiento de mecanismos para la supervisión y monitoreo de la calidad y efectividad de la cooperación brindada;

- c) realicen un análisis de las capacidades institucionales existentes con potencial para ser designadas INACO.
- 3. Solicitar a la Directora:
 - a) que consolide las relaciones de trabajo entre la OPS/OMS y las instituciones nacionales de los Estados Miembros a través de la selección y designación de INACO, lo que favorecerá una articulación más eficiente y efectiva de los esfuerzos nacionales dirigidos a la consecución de metas y resultados previstos en las agendas y planes de salud nacionales y subnacionales;
 - b) que proporcione apoyo técnico a los Estados Miembros en la identificación de instituciones nacionales que podrían ser designadas como INACO, al igual que de mecanismos para su supervisión y monitoreo;
 - c) que fomente y desarrolle el establecimiento progresivo de redes de INACO;
 - d) que abogue por la movilización de recursos adicionales a nivel nacional e internacional que apoyen el plan de trabajo consensuado entre la OPS/OMS y las INACO.

(Octava reunión, 24 de junio del 2010)

CE146.R18: Salud, seguridad humana y bienestar

LA 146.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo estudiado el informe de la Directora, *Salud, seguridad humana y bienestar* (documento CE146/17),

RESUELVE:

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

SALUD, SEGURIDAD HUMANA Y BIENESTAR

EL 50.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo estudiado el informe de la Directora, *Salud, seguridad humana y bienestar* (documento CD50/__);

Reconociendo los múltiples y complejos componentes de la seguridad humana y la contribución crucial de la salud pública a su logro pleno;

Reconociendo que diversos factores económicos, sociales y ambientales inciden en la salud, la seguridad humana y la calidad de vida de las poblaciones;

Comprendiendo que la inequidad en salud amenaza la seguridad humana y limita el desarrollo, en especial entre los grupos en situación de vulnerabilidad;

Considerando la importancia de la relación entre la seguridad humana y la salud para el avance del enfoque de los determinantes de salud y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM);

Reconociendo la importancia del Reglamento Sanitario Internacional para la salud y la seguridad humana;

Teniendo presente la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, el Documento final de la Cumbre Mundial 2005, y el Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, entre otros instrumentos,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que continúen promoviendo el análisis sobre el concepto de seguridad humana y su relación con la salud, tendiente a su incorporación en los planes de salud de los países, haciendo hincapié en la coordinación y participación multisectorial e interagencial para reflejar los aspectos multidimensionales de este tipo de enfoque.
2. Solicitar a la Directora que:
 - a) dé seguimiento al desarrollo del debate sobre el concepto de seguridad humana y su relación con la salud en los foros multilaterales que correspondan;
 - b) explore la posibilidad de desarrollar lineamientos de política y herramientas metodológicas para la incorporación del enfoque de seguridad humana y su relación con la salud dentro de los programas y actividades de la Organización;
 - c) promueva la capacitación del personal de la OPS y de los Estados Miembros, cuando corresponda, con respecto al tema de la seguridad humana y su relación con la salud.

(Octava reunión, 24 de junio del 2010)

Decisiones

Decisión CE146 (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 la Directora, en su forma enmendada (documento CE146/1, Rev. 3).

(Primera reunión, 21 de junio del 2010)

Decisión CE146 (D2) Representación del Comité Ejecutivo en el 50.º Consejo Directivo de la OPS, 62.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 a su Presidente (México) y Relator (Suriname) para que representaran al Comité en el 50.º Consejo Directivo, 62.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

(Sexta reunión, 23 de junio del 2010)

EN FE DE LO CUAL, el Presidente del Comité Ejecutivo, Delegado de México, y la Secretaria ex officio, Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana, firman el presente Informe Final en la lengua española.

HECHO en Washington, D.C., al vigésimo-quinto día del mes de junio del año dos mil diez. La Secretaria depositará los textos originales en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Fernando Meneses González
Delegado de México
Presidente de la
146.^a sesión del Comité Ejecutivo

Mirta Roses Periago
Directora de la
Oficina Sanitaria Panamericana
Secretaria ex officio de la
146.^a sesión del Comité Ejecutivo

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
(Artículo 9, Reglamento Interno del Comité ejecutivo)
- 2.2 Representación del Comité Ejecutivo en el 50.º Consejo Directivo, de la OPS, 62.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
(Artículo 54, Reglamento Interno del Comité ejecutivo)
- 2.3 Orden del día provisional del 50.º Consejo Directivo de la OPS, 62.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
(Artículo 12.C, Constitución de la OPS)
(Artículo 7, Reglamento Interno del Consejo Directivo)

3. ASUNTOS RELATIVOS AL COMITÉ

- 3.1 Informe de la cuarta sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración
- 3.2 Premio OPS en Administración 2010
- 3.3 Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS
- 3.4 Informe anual de la Oficina de Ética 2009-2010
- 3.5 Nombramiento de tres Miembros del Comité de Auditoría de la OPS

4. ASUNTOS RELATIVOS A LA POLÍTICA DE LOS PROGRAMAS

- 4.1 Evaluación de fin del bienio sobre el Programa y Presupuesto 2008-2009/Informe interino sobre los progresos realizados con respecto al Plan Estratégico 2008-2012 (versión preliminar)
- 4.2 Modernización del sistema de información gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana
- 4.3 Evaluación de la Política del Presupuesto Regional por Programas
- 4.4 Instituciones nacionales asociadas con la OPS para la cooperación técnica
- 4.5 Estrategia para la reducción del abuso de sustancias psicoactivas
- 4.6 Estrategia y Plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas
- 4.7 Estrategia y Plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita
- 4.8 Desarrollo de competencias del personal de salud en los sistemas de salud basados en la atención primaria
- 4.9 Salud, seguridad humana y bienestar
- 4.10 Estrategia y Plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica
- 4.11 Fortalecimiento de los programas de inmunización
- 4.12 Plan de acción de hospitales seguros
- 4.13 La salud y los derechos humanos
- 4.14 Situación de los Centros Panamericanos

5. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS

- 5.1 Informe sobre la recaudación de las cuotas

5. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS (cont.)

- 5.2 Informe financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondiente al 2008-2009
- 5.3 Proceso para el nombramiento del Auditor Externo de la OPS para los bienios 2012-2013 y 2014-2015
- 5.4 Plan Maestro de Inversiones de Capital
- 5.5 Situación de los proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial de la OPS
- 5.6 Examen del cargo establecido para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros

6. ASUNTOS RELATIVOS AL PERSONAL

- 6.1 Modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
- 6.2 Reforma del sistema de contratación en la OPS
- 6.3 Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS

7. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL

- 7.1 Informe de la OMS sobre el presupuesto por programas 2008-2009: evaluación de la ejecución (Informe resumido)
- 7.2 Marco para la gerencia basada en resultados en la OPS
- 7.3 Sistema de la OPS de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos
- 7.4 Preparativos para la mesa redonda sobre urbanismo y vida saludable

7. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL (cont.)

- 7.5 30.º aniversario de la erradicación de la viruela y de la creación del Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas
- 7.6 Informe sobre los progresos realizados en materia de asuntos técnicos:
 - A. Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)
 - B. Actualización sobre la gripe pandémica (H1N1) 2009
 - C. Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud
 - D. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud y perfiles de país
 - E. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: oportunidades y retos para su implementación en la Región de las Américas
 - F. Ejecución de la Estrategia Regional y el Plan de Acción para un Enfoque Integrado sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas, incluido el Régimen Alimentario, la Actividad Física y la Salud
 - G. Eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita
- 7.7 Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS: 63.ª Asamblea Mundial de la Salud
- 7.8 Informe de avance sobre asuntos administrativos y financieros: Estado de la implementación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS)

8. OTROS ASUNTOS

9. CLAUSURA DE LA SESIÓN

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos oficiales

Doc. Of. 337 Informe financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondiente al 2008-2009

Documentos de trabajo

CE146/1, Rev. 3 y
CE146/WP/1, Rev. 1 Adopción del orden del día y del programa de reuniones

CE146/2 Representación del Comité Ejecutivo en el 50.º Consejo Directivo de la OPS, 62.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

CE146/3, Rev. 2 Orden del día provisional del 50.º Consejo Directivo de la OPS, 62.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

CE146/4 Informe de la cuarta sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración

CE146/5 y
CE146/5, Add.I Premio OPS en Administración 2010

CE146/6 Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS

CE146/7 Informe anual de la Oficina de Ética 2009-2010

CE146/8 Nombramiento de tres Miembros del Comité de Auditoría de la OPS

CE146/9 Evaluación de fin del bienio sobre el Programa y Presupuesto 2008-2009/Informe interino sobre los progresos realizados con respecto al Plan Estratégico 2008-2012 (versión preliminar)

CE146/10 Modernización del sistema de información gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana

Documentos de trabajo (*cont.*)

CE146/11	Evaluación de la Política del Presupuesto Regional por Programas
CE146/12, Rev. 1	Instituciones nacionales asociadas con la OPS para la cooperación técnica
CE146/13, Rev. 1	Estrategia para la reducción del abuso de sustancias psicoactivas
CE146/14, Rev. 1	Estrategia y Plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas
CE146/15	Estrategia y Plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita
CE146/16	Desarrollo de competencias del personal de salud en los sistemas de salud basados en la atención primaria
CE146/17	Salud, seguridad humana y bienestar
CE146/18	Estrategia y Plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica
CE146/19	Fortalecimiento de los programas de inmunización
CE146/20	Plan de acción de hospitales seguros
CE146/21, Rev. 1	La salud y los derechos humanos
CE146/22, Rev. 1	Situación de los Centros Panamericanos
CE146/23 y CE146/23, Add. I	Informe sobre la recaudación de las cuotas
CE146/24, Rev. 1	Informe financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondiente al 2008-2009
CE146/25	Proceso para el nombramiento del Auditor Externo de la OPS para los bienios 2012-2013 y 2014-2015

Documentos de trabajo (cont.)

CE146/26	Plan Maestro de Inversiones de Capital
CE146/27	Situación de los proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial de la OPS
CE146/28, Rev. 1	Examen del cargo establecido para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros
CE146/29	Modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
CE146/30	Reforma del sistema de contratación en la OPS
CE146/31	Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS

Documentos de información

CE146/INF/1	Informe de la OMS sobre el presupuesto por programas 2008-2009: evaluación de la ejecución (Informe resumido)
CE146/INF/2	Marco para la gerencia basada en resultados en la OPS
CE146/INF/3	Sistema de la OPS de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos
CE146/INF/4	Preparativos para la mesa redonda sobre urbanismo y vida saludable
CE146/INF/5 y 146/INF/5, Corr	30.º aniversario de la erradicación de la viruela y de la creación del Fondo Rotatorio de la OPS para la Compra de Vacunas
CE146/INF/6, Rev. 1	Informe sobre los progresos realizados en materia de asuntos técnicos
	A. Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)

Documentos de información (*cont.*)

- B. Actualización sobre la gripe pandémica (H1N1) 2009
- C. Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud
- D. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud y perfiles de país
- E. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: oportunidades y retos para su implementación en la Región de las Américas
- F. Ejecución de la Estrategia Regional y el Plan de Acción para un Enfoque Integrado sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas, incluido el Régimen Alimentario, la Actividad Física y la Salud
- G. Eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita

CE146/INF/7

Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS:
63.^a Asamblea Mundial de la Salud

CE146/INF/8

Informe de avance sobre asuntos administrativos y financieros: Estado de la implementación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS)

LIST OF PARTICIPANTS

MEMBERS OF THE COMMITTEE/MIEMBROS DEL COMITÉ

ARGENTINA

Dr. Eduardo Bustos Villar
Secretario de Determinantes de la
Salud y Relaciones Sanitarias
Ministerio de Salud de la Nación
Buenos Aires

Lic. Sebastián Tobar
Director Nacional de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud de la Nación
Buenos Aires

Lic. Andrea Polach
Asesora técnica profesional
Dirección Nacional de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud de la Nación
Buenos Aires

Sra. Ana Marcela Pastorino
Consejera
Misión Permanente de Argentina ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

BOLIVIA

Dr. Martín Maturano
Viceministro de Salud y Promoción
Ministerio de Salud y Deportes
Plaza del Estudiante
La Paz

Sr. Aylin Oropeza
Primer Secretario, Representante Alterno
de Bolivia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

COLOMBIA

Sra. Sandra Mikan
Segunda Secretaria, Representante Alternas
de Colombia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

GUATEMALA

Sr. Jorge Skinner-Kleé
Embajador, Representante Permanente de
Guatemala ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Lionel Maza
Representante Alterno de Guatemala ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sr. José Miguel Valladares
Consejero
Misión Permanente de Guatemala ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

HAITI/HAÏTÍ

Dr Alex Larsen
Ministre de la Santé publique
et de la Population
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince

Dr Ariel Henry
Chef de Cabinet
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince

MEXICO/MÉXICO

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud
Secretaría de Salud
México, D. F.

MEMBERS OF THE COMMITTEE/MIEMBROS DEL COMITÉ (cont.)

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Lic. Ana María Sánchez
Directora de Cooperación Bilateral y
Regional
Dirección General de Relaciones
Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Dra. María de los Ángeles Fromow
Titular de la Unidad Coordinadora de
Participación y Vinculación Social
Secretaría de Salud
México, D.F.

Dr. Fernando Meneses González
Coordinador de Asesores
Subsecretaría de Prevención y Promoción
de la Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Blanca Estela Fernández
Coordinadora del Programa de Diabetes
Centro Nacional de Prevención y Control
de Enfermedades
México, D.F.

Lic. Karen Aspuru Juárez
Subdirectora de Gestión Interamericana
Secretaría de Salud
México, D.F.

Sr. Gustavo Albin
Embajador, Representante Permanente
de México ante la Organización de l
os Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Alberto Del Castillo
Representante Alterno de México ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Sra. Flor de Lis Vásquez Muñoz
Representante Alterna de México ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

**ST. VINCENT AND THE GRENADINES/
SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS**

Dr. Douglas Slater
Minister of Health and the Environment
Ministry of Health and the Environment
Kingstown

SURINAME

Dr. Celsius Waterberg
Minister of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Dr. Marthelise Eersel
Director of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Ms. Saskia Bleau
Protocol Officer
Assistant UN Coordinator
Ministry of Health
Paramaribo

**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE
VENEZUELA/BOLIVARIAN REPUBLIC OF
VENEZUELA**

Dr. Alexis Guilarte
Director General de Programas de Salud
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

MEMBERS OF THE COMMITTEE/MIEMBROS DEL COMITÉ *(cont.)*

**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE
VENEZUELA/BOLIVARIAN REPUBLIC OF
VENEZUELA** *(cont.)*

Dr. Julio Colmenares
Internacionalista
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Oficina de Cooperación Técnica y
Relaciones Internacionales
Caracas

Su Excelencia Roy Chaderton Matos
Embajador, Representante Permanente
de Venezuela ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

Dra. Carmen Velásquez de Visbal
Ministra Consejera
Misión Permanente de la República
Bolivariana de Venezuela ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sra. Liz Torres
Segunda Secretaria
Misión Permanente de la República
Bolivariana de Venezuela ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

**NON-MEMBERS OF THE COMMITTEE
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ**

BRAZIL/BRASIL

Dr. Dirceu Raposo
Diretor-Geral da Agência de Vigilância
Sanitária
Ministério da Saúde
Brasília

Dra. Renata Carvalho
Chefe da Unidade de Cooperação
Internacional
Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Ministério da Saúde
Brasília

Sr. Leandro Luiz Viegas
Chefe da Divisão de Temas Multilaterais
Ministério da Saúde
Brasília

Sra. Juliana Vieira Borges Vallini
Assessora Jurídica do Programa Nacional
DST/AIDS
Ministério da Saúde
Brasília

Sra. Viviane Rios Balbino
Primeira Secretária
Missão Permanente do Brasil junto à
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

CANADA/CANADÁ

Mr. Martin Methot
Director
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Ms. Kate Dickson
Senior Policy Advisor
PAHO/Americas
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

CANADA/CANADA (cont.)

Mr. Jamie Baker
Manager, Bilateral Relations
International Public Health Division
Public Health Agency of Canada
Ottawa

Ms. Ranu Sharma
Policy Analyst
International Public Health Division
Public Health Agency of Canada
Ottawa

Ms. Annick Amyot
Strategic Partnerships
Senior Development Officer
Inter-American Program
Canadian International Development Agency
Quebec

Mr. Darren Rogers
Counselor, Alternate Representative of
Canada to the Organization of American
States
Washington, D.C.

COSTA RICA

Mr. David Li Fang
Minister Counselor, Alternate Representative
of Costa Rica to the Organization of
American States
Washington, D.C.

Ms. Cinthia Solis
Minister Counselor, Alternate Representative
of Costa Rica to the Organization of
American States
Washington, D.C.

NON-MEMBERS OF THE COMMITTEE (cont.)
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ (cont.)

FRANCE/FRANCIA

M. Gérard Guillet
Observateur Permanent Adjointe de
la France près de l'Organisation des
États Américains
Washington, D.C.

GRENADA/GRANADA

Ms. Ingrid Jackson
Attaché, Alternate Representative of
Grenada to the Organization of
American States
Washington, D.C.

NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS

Mrs. Ann Groot-Philipps
Minister Plenipotentiary
The Royal Netherlands Embassy
Washington, D.C.

Ms. Jocelyne Croes
Minister Plenipotentiary of Aruba
The Royal Netherlands Embassy
Washington, D.C.

Hon. Richard Wayne Milton Visser
Minister of Health and Sport
Ministry of Health and Sport
Oranjestad, Aruba

**UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA**

Dr. Nils Daulaire
Director
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

**UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA (cont.)**

Mr. Guillermo Aviles Mendoza
International Health Analyst
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Ms. Ann Blackwood
Director of Health Programs
Office of Technical and Specialized
Agencies
Bureau of International Organization
Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Nerissa Cook
Deputy Assistant Secretary
Office of Global and Economic Affairs
Bureau of International Organization
Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Mr. Javier Cordova
Analyst for Demand Reduction
Office of Anti-Crime Programs and
Demand Reduction
Bureau of International Narcotics and
Law Enforcement
Department of State
Washington, D.C.

Mr. Mathew Glockner
Program Analyst
Office of Management Policy and
Resources
Bureau of International Organization
Affairs
Department of State
Washington, D.C.

NON-MEMBERS OF THE COMMITTEE (cont.)
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ (cont.)

**UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA (cont.)**

Ms. Elizabeth Griffith
Program Analyst
Office of Human Security
Bureau of International Organization
Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Dr. James E. Herrington
Director, Office of International Relations
Fogarty International Center
National Institute of Health
Department of Health and Human
Services
Bethesda, MD

Ms. Leah Hsu
International Health Analyst
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Ms. Peg Marshall
Senior Advisor for Maternal and Child Health
US Agency for International Development
Washington, D.C.

Ms. Kelly Saldana
Senior Public Health Advisor
Bureau for Latin America and the
Caribbean
US Agency for International Development
Washington, D.C.

Dr. Craig Shapiro
Interim Director for the Americas
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

**UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA (cont.)**

Mr. David B. Sullivan
Attorney-Advisor
Office of the Legal Adviser
Department of State
Washington, D.C.

**OBSERVER STATES
ESTADOS OBSERVADORES**

SPAIN/ESPANA

Sr. Javier Sancho
Embajador, Observador Permanente
de España ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. José María de la Torre
Observador Permanente Adjunto de
España ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

PORTUGAL

Mr. Duarte Cunha De Eça Valente
Attaché, Permanent Observer of Portugal
to the Organization of American States
Washington, D.C.

**REPRESENTATIVES OF INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES INTERGUBERNAMENTALES**

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

Mr. David Hatch

**Organization of American States
Organización de Estados Americanos**

Ambassador Alfonso Quiñones

**REPRESENTATIVES OF NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS IN
OFFICIAL RELATIONS WITH PAHO
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES EN
RELACIONES OFICIALES CON LA OPS**

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

Dr. Ana Leticia Cáceres de Maselli
Dr. Norberto Cabutti

U.S. Pharmacopeia

Dr. Damian Cairatti

**UNITED NATIONS AND SPECIALIZED AGENCIES
NACIONES UNIDAS Y AGENCIAS ESPECIALIZADAS**

**United Nations Economic Commission for
Latin America and the Caribbean
Comisión Económica para América
Latina de las Naciones Unidas**

Sr. Rex García

WORLD HEALTH ORGANIZATION

Dr. Mohamed Abdi Jama
Assistant Director-General – General Management
Subdirector General – Administración General

**PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

**Director and Secretary ex officio
of the Committee
Directora y Secretaria ex officio
del Comité**

Dr. Mirta Roses Periago
Director
Directora

**Advisers to the Director
Asesores de la Directora**

Dr. Jon Kim Andrus
Deputy Director
Director Adjunto

Dr. Socorro Gross-Galiano
Assistant Director
Subdirectora

**Advisers to the Director (cont.)
Asesores de la Directora (cont.)**

Mr. Guillermo Birmingham
Director of Administration
Director de Administración

Dr. Heidi Jiménez
Legal Counsel, Office of Legal Counsel
Asesora Jurídica, Oficina de la Asesora
Jurídica
