



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## **47.º CONSEJO DIRECTIVO** **58.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL**

*Washington, D.C., EUA, 25 al 29 de septiembre de 2006*

---

*Punto 3.1 del orden del día provisional*

CD47/5 (Esp.)  
30 agosto 2006  
ORIGINAL: INGLÉS

### **INFORME ANUAL DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ EJECUTIVO**

1. En cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 9.C de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta a continuación el informe sobre las actividades llevadas a cabo por el Comité Ejecutivo y sus diversos subcomités entre septiembre de 2005 y septiembre de 2006. Durante ese período, el Comité Ejecutivo celebró dos sesiones: la 137.<sup>a</sup> sesión, el 30 de septiembre de 2005, y la 138.<sup>a</sup> sesión, del 19 al 23 de junio de 2006. El Subcomité de Planificación y Programación celebró su 40.<sup>a</sup> sesión del 20 al 22 de marzo de 2006.
2. Los Miembros del Comité Ejecutivo durante el período abarcado por este informe fueron Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, Panamá y Venezuela. Ambas sesiones contaron con la asistencia de delegados de los nueve Miembros. La 137.<sup>a</sup> sesión también contó con la presencia de observadores por los Estados Unidos de América, México y Puerto Rico. La 138.<sup>a</sup> sesión contó con la presencia de observadores por Brasil, España, Estados Unidos de América, México, Paraguay, y Trinidad y Tabago. Además, estuvieron representadas tres organizaciones intergubernamentales y seis organizaciones no gubernamentales.
3. Los siguientes Miembros fueron elegidos para constituir la Mesa Directiva para la 137.<sup>a</sup> y la 138.<sup>a</sup> sesiones: Argentina (Presidencia), Costa Rica (Vicepresidencia) y Canadá (Relatoría).
4. En la 137.<sup>a</sup> sesión, Venezuela fue elegida para formar parte del Subcomité de Planificación y Programación al haber concluido el mandato de los Estados Unidos de América en el Comité Ejecutivo. Panamá fue elegido para formar parte del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales al haber concluido el mandato de los Estados Unidos de América en el Comité Ejecutivo.

5. El Comité fijó las fechas para la 40.<sup>a</sup> sesión del Subcomité de Planificación y Programación (SPP), la 138.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo y el 47.<sup>o</sup> Consejo Directivo. El Comité también propuso los temas para el orden del día de la sesión del Subcomité de Planificación y Programación.

6. Además, el Comité analizó una propuesta de racionalización de los mecanismos de gobernanza de la OPS, preparada por la Oficina Sanitaria Panamericana de conformidad con una decisión adoptada por el Comité Ejecutivo en su 136.<sup>a</sup> sesión. El Comité decidió formar un grupo de trabajo para examinar y formular las recomendaciones sobre diversos temas de gobernanza. Las recomendaciones del grupo de trabajo fueron presentadas a la 138.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo.

7. El Comité también trató dos asuntos relativos a la política de los programas: implicaciones para la Región de las Américas del Reglamento Sanitario Internacional y plan de contingencia para una pandemia de gripe.

8. En la 137.<sup>a</sup> sesión, el Comité adoptó nueve decisiones, que aparecen, junto con un resumen de las deliberaciones del Comité sobre cada tema, en el Informe Final de la 137.<sup>a</sup> sesión (anexo A).

9. En la 138.<sup>a</sup> sesión, el Comité nombró a los delegados de Argentina y Costa Rica para representarlo en el 47.<sup>o</sup> Consejo Directivo, 58.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, y seleccionó a los delegados de Antigua y Barbuda y de Chile para actuar como suplentes de Argentina y de Costa Rica, respectivamente. El Comité también aprobó el orden del día provisional del 47.<sup>o</sup> Consejo Directivo. El Comité tomó nota de los informes del Subcomité de Planificación y Programación, del Grupo de Trabajo sobre la Racionalización de los Mecanismos de Gobernanza de la OPS, del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración y del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales.

10. Los siguientes asuntos también se trataron durante la 138.<sup>a</sup> sesión:

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

- Método para la formulación del Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2008-2012
- Propuesta de Agenda de salud para las Américas, 2008-2017
- Evaluación de la ejecución del presupuesto bienal por programas de la Organización Panamericana de la Salud, 2004-2005

- Estrategia regional para mantener los programas nacionales de vacunación en las Américas
- La salud neonatal en el contexto de la salud de la madre, el recién nacido y el niño para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas
- La salud de los pueblos indígenas de las Américas
- Propuesta de plan regional decenal sobre salud bucodental
- La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y otros derechos relacionados
- Promoción de la salud: logros y enseñanzas extraídas entre la Carta de Ottawa y la Carta de Bangkok y perspectivas para el futuro
- Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud

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

- Informe sobre la recaudación de las cuotas
- Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo, 2004-2005
- Informe sobre las actividades de los Servicios de Supervisión Interna
- Modificaciones del Reglamento Financiero
- Proceso para el nombramiento del Auditor Externo
- Proceso para implantar la nueva escala de cuotas con base en la nueva escala de la OEA

#### **Asuntos de personal**

- Modificaciones del Reglamento del Personal de la OSP
- Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS

### **Asuntos de información general**

- Actualización sobre el proceso de fortalecimiento institucional de la Oficina Sanitaria Panamericana
- Examen de los centros panamericanos
- Informe de progreso sobre los preparativos y la respuesta frente a los desastres sanitarios a nivel nacional y regional
- Pandemia de influenza: informe sobre los progresos realizados
- Informe anual sobre los recursos humanos de la OSP
- Resoluciones y otras acciones de la 59.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS

11. En la 138.<sup>a</sup> sesión, el Comité Ejecutivo aprobó 23 resoluciones y adoptó 2 decisiones, que aparecen, junto con un resumen de las ponencias y los debates sobre cada tema, en el Informe Final de la 138.<sup>a</sup> sesión (anexo B).

Anexos



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



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

*Washington, D.C., EUA, 30 de septiembre 2005*

---

CD47/5 (Esp.)  
Anexo A

CE137/FR (Esp.)  
30 septiembre 2005  
ORIGINAL: INGLÉS

**INFORME FINAL**

## CONTENIDO

	<i>Página</i>
<b>Apertura de la sesión</b> .....	4
<b>Asuntos relativos al reglamento</b> .....	4
Elección de la Mesa Directiva .....	4
Adopción del orden del día.....	4
<b>Asuntos relativos a los subcomités</b> .....	5
Elección de un Miembro para integrar el Subcomité de Planificación y Programación .....	5
Elección de un Miembro para integrar el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales.....	5
<b>Asuntos relativos a los Cuerpos Directivos</b> .....	5
Propuesta sobre el proceso de racionalización de los mecanismos de gobernanza de la OPS .....	5
Fechas y temas propuestos para la 40. <sup>a</sup> sesión del Subcomité de Planificación y Programación .....	8
Fechas de la 138. <sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo .....	9
Fechas del 47. <sup>o</sup> Consejo Directivo, 58. <sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas .....	10
<b>Asuntos relativos a la política de los programas</b> .....	10
Consecuencias de la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional en la Región de las Américas.....	10
Plan de la contingencia para hacer frente a una pandemia de influenza.....	12
<b>Otros asuntos</b> .....	15
<b>Clausura de la sesión</b> .....	15
<b>Decisiones</b> .....	15
CE137(D1) Elección de la Mesa Directiva .....	15
CE137(D2) Adopción del orden del día.....	16

**CONTENIDO** (*cont.*)

*Página*

**Decisiones** (*cont.*)

CE137(D3) Elección de un Miembro para integrar el Subcomité de Planificación y Programación .....	16
CE137(D4) Elección de un Miembro para integrar el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales .....	16
CE137(D5) Establecimiento del Grupo de Trabajo sobre la Racionalización de los Mecanismos de Gobernanza de la OPS .....	16
CE137(D6) Fechas y temas propuestos para la 40. <sup>a</sup> sesión del Subcomité de Planificación y Programación .....	17
CE136(D7) Fechas de la 138. <sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo.....	17
CE137(D8) Fechas del 47. <sup>o</sup> Consejo Directivo, 58. <sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.....	18
CE137(D9) Alerta y respuesta ante epidemias.....	18

**Anexos**

Anexo A: Orden del día

Anexo B: Lista de participantes

## INFORME FINAL

### Apertura de la sesión

1. La 137.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo se celebró en la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en Washington, D.C., el 30 de septiembre de 2005. La sesión contó con la presencia de los delegados de los siguientes nueve Miembros del Comité Ejecutivo: Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, Panamá y Venezuela. Los delegados de los Estados Unidos de América, México y Puerto Rico participaron en calidad de observadores.

2. La Sra. Ginny Gidi (Estados Unidos de América, Presidente saliente del Comité Ejecutivo) inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes, en especial a los nuevos Miembros elegidos por el 46.<sup>o</sup> Consejo Directivo: Antigua y Barbuda, Chile y Panamá.

### Asuntos relativos al reglamento

#### *Elección de la Mesa Directiva*

3. De conformidad con el Artículo 15 de su Reglamento Interno, el Comité eligió a los siguientes Estados Miembros para constituir la Mesa Directiva de la 137.<sup>a</sup> y la 138.<sup>a</sup> sesiones (decisión CE137[D1]):

*Presidencia:* Argentina (Dr. Carlos Vizzotti)

*Vicepresidencia:* Costa Rica (Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal)

*Relatoría:* Canadá (Sra. Melissa Follen)

4. La Dra. Mirta Roses Periago, Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), actuó como Secretaria ex officio y el Dr. Joxel García (Director Adjunto, OSP) como Secretario Técnico.

#### *Adopción del orden del día (documento CE137/1)*

5. De conformidad con el Artículo 9 de su Reglamento Interno, el Comité adoptó el orden del día preparado por la Directora (decisión CE137[D2]).



## **Asuntos relativos a los subcomités**

### ***Elección de un Miembro para integrar el Subcomité de Planificación y Programación***

6. El Comité eligió a Venezuela para integrar el Subcomité de Planificación y Programación, al haber concluido el mandato de los Estados Unidos de América en el Comité Ejecutivo (decisión CE137[D3]).

### ***Elección de un Miembro para integrar el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales***

7. El Comité eligió a Panamá para integrar el Subcomité de Planificación y Programación, al haber concluido el mandato de los Estados Unidos de América en el Comité Ejecutivo (decisión CE137[D4]).

## **Asuntos relativos a los Cuerpos Directivos**

### ***Propuesta sobre el proceso de racionalización de los mecanismos de gobernanza de la OPS (documento CE137/3)***

8. El Dr. Philippe Lamy (Gerente del Área de Gobernanza, Políticas y Alianzas, OPS) presentó el documento CE137/3, que contenía una propuesta para racionalizar los mecanismos de gobernanza de la OPS y había sido preparado por la Oficina de conformidad con la decisión CE136(D3), adoptada por el Comité Ejecutivo en su 136.<sup>a</sup> sesión. El funcionario comenzó por examinar los antecedentes de la propuesta, que además de la decisión del Comité Ejecutivo mencionada incluía el informe del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI (documento CD46/29); el informe de la Directora sobre el fortalecimiento institucional de la OPS (documento CD46/15, Rev. 1); la puesta al día sobre la aplicación de las recomendaciones del informe especial del Auditor Externo (documentos CD45/29 y CD46/35); el cuadro comparativo preparado por el Presidente anterior del Comité Ejecutivo, en el que se indicaba el vínculo entre las recomendaciones derivadas de los diversos procesos de cambio que estaban en marcha en la OPS ([www.paho.org/spanish/gov/ce/matrix-s.pdf](http://www.paho.org/spanish/gov/ce/matrix-s.pdf)); el informe de la Dependencia Común de Inspección de las Naciones Unidas (documento CD46/23, Add. I); y la resolución CD46.R2, que el 46.<sup>o</sup> Consejo Directivo, concluido hace poco, había adoptado por recomendación de la sesión anterior del Comité Ejecutivo, en la que se había pedido a la Directora que pusiera en práctica todas las recomendaciones que surgieran de los diversos procesos de cambio.

9. Con respecto a la reforma y simplificación de los Subcomités del Comité Ejecutivo, los antecedentes de la propuesta abarcaron el informe de la 21.<sup>a</sup> sesión del

Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo (documento MSD21/FR); el informe del 39.<sup>a</sup> sesión del Subcomité de Planificación y Programación (documento SPP39/FR); y el examen de los métodos de trabajo del Consejo Ejecutivo y sus órganos subsidiarios, emprendido de conformidad con la Resolución WHA54.22, la cual había dado lugar a que el Consejo Ejecutivo decidiera suprimir tres de sus comités para fusionarlos en un único comité, a saber, el Comité de Programa, Presupuesto y Administración (CPPA). Los documentos relativos a ese proceso de examen efectuado en la OMS se distribuyeron entre los Miembros del Comité Ejecutivo. Una de las recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI había sido que la OPS debía establecer un comité de programa, presupuesto y administración similar al CPPA de la OMS, o bien, un comité permanente de auditoría y evaluación integrado por el Jefe de la Unidad de Servicios de Supervisión Interna de la Organización y representantes elegidos de los Estados Miembros, los Miembros Asociados y la Oficina. De la misma manera, la Dependencia Común de Inspección había recomendado que el Subcomité de Planificación y Programación asumiera responsabilidades relacionadas con el asesoramiento y la supervisión, y que era necesario establecer un comité de supervisión para velar por la ejecución de las recomendaciones relativas a la supervisión.

10. En la propuesta presentada en el documento CE137/3 se proporcionaban y describían los antecedentes relativos a los tres temas principales señalados por el Comité Ejecutivo en la decisión CE136(D3), a saber, la reforma y simplificación de los dos Subcomités; el examen del proceso de elección del Director de la OSP, con miras a hacerlo más formal y transparente —este tema también había sido una recomendación del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI—; y la mejora de las normas y procedimientos de los Cuerpos Directivos. Se propuso que el Comité Ejecutivo, en su 137.<sup>a</sup> sesión, estableciera un grupo de trabajo de composición abierta que estuviera integrado por Estados Miembros que formaran parte del Comité actual y cuyo presidente fuera elegido entre estos mismos Miembros. El grupo estudiaría los temas mencionados y formularía recomendaciones al respecto para presentarlas al Comité Ejecutivo en su 138.<sup>a</sup> sesión, la cual se celebraría en junio de 2006 y, posteriormente, al 47.<sup>o</sup> Consejo Directivo, que tendría lugar en septiembre de 2006, para su aprobación final. Argentina, Canadá, Costa Rica y Cuba ya habían expresado su interés en formar parte del grupo.

11. La Oficina prestaría apoyo administrativo, los documentos y servicios de traducción al grupo de trabajo, además, financiaría la asistencia de los delegados nombrados por el Comité Ejecutivo a las sesiones del grupo. Asimismo, facilitaría la comunicación entre los integrantes del grupo de trabajo mediante el establecimiento de un enlace específico en el sitio web de la OPS y de una dirección electrónica especial para que los miembros intercambien información entre ellos y con la Oficina.

12. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito la propuesta y opinó que esta respondía a las solicitudes del Comité y del 46.<sup>o</sup> Consejo Directivo. El Comité estuvo de

acuerdo en nombrar a Argentina, Barbados, Canadá, Costa Rica y Cuba miembros del grupo de trabajo y, a sugerencia del delegado de Cuba, nombró a Canadá Presidente del mismo. Acordó además que el grupo de trabajo debía definir sus métodos de trabajo, calendario, participantes y mecanismos de gobernanza en su primera reunión, la cual se celebraría antes de que finalizara el 2005.

13. Uno de los Miembros sugirió que, habida cuenta que los Estados Unidos de América habían participado directamente en los procesos que habían conducido a la creación del grupo de trabajo, se le debía invitar a formar parte del mismo. La Directora señaló que el Comité Ejecutivo, en su 136.<sup>a</sup> sesión, había acordado que el grupo estaría integrado por Miembros actuales del Comité; por consiguiente, los Estados Unidos de América no estaban en condiciones de representar al Comité Ejecutivo en el grupo. Sin embargo, dado que el grupo de trabajo sería de composición abierta, cualquier Estado Miembro de la OPS era bienvenido a participar en sus deliberaciones. También señaló que la OPS estaba utilizando la definición y las normas de la OMS en cuanto a los comités de composición abierta (Artículo 16 del Consejo Ejecutivo de la OMS) porque no disponía de ninguna norma al respecto. Propuso que esa era una de las cuestiones relativas a la gobernanza que el grupo de trabajo debía abordar.

14. Con respecto a los asuntos que el grupo de trabajo abordaría, se propuso que además de los señaladas en el documento CE137/3, el grupo debía hacerse cargo del seguimiento de la ejecución de las recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI. Sin embargo, varios Miembros manifestaron que, al menos en un inicio, el grupo debía centrarse en los tres asuntos señalados por el Comité Ejecutivo en la decisión CE136(D3), al objeto de que pudiera cumplir con el calendario correspondiente a la presentación de las recomendaciones al Consejo Directivo. Asimismo, se señaló que el seguimiento de la ejecución de las recomendaciones era una función más amplia que competía al Comité Ejecutivo y al Subcomité de Planificación y Programación. La Directora señaló que tanto el Comité Ejecutivo como el Consejo Directivo, mediante las resoluciones CE136.R3 y CD46.R2, habían solicitado a la Oficina que rindiera un informe sobre el seguimiento de las diversas series de recomendaciones. En consecuencia, la Oficina formularía un plan para poner en práctica las recomendaciones, el cual se presentaría al Subcomité de Planificación y Programación en su 40.<sup>a</sup> sesión, que se celebraría en marzo de 2006. Así pues, se acordó que, por el momento, el grupo de trabajo solo se centraría en los asuntos señalados en la decisión CE136(3) y el documento CE137/3.

15. El Comité aprobó la decisión CE137(D5).

***Fechas y temas propuestos para la 40.<sup>a</sup> sesión del Subcomité de Planificación y Programación***

16. La Directora propuso que la 40.<sup>a</sup> sesión del Subcomité de Planificación y Programación (SPP) se celebrara del 20 al 22 de marzo de 2006. Los Miembros propusieron que se trataran los temas enumerados a continuación y que, en caso de que no fuera posible abordarlos en la 40.<sup>a</sup> sesión del SPP, se trataran en algún momento del ciclo de reuniones de los Cuerpos Directivos correspondientes a 2006.

- poblaciones marginadas, con hincapié en la salud de los pueblos indígenas
- recursos humanos para la salud en las Américas desde el punto de vista tanto del suministro como de las necesidades (quizá también se aborde la migración del personal sanitario)
- puesta al día sobre la preparación para una pandemia de gripe en las Américas
- salud bucodental en las Américas
- salud del recién nacido y salud materna
- inmunización, con especial atención a utilizar vacunas nuevas e innovadoras, reducir la rubéola en las Américas y mantener a la Región exenta de poliomielitis
- discapacidad y rehabilitación
- salud renal
- suicidio
- participación ciudadana en la salud y los modos de vida sanos, los ambientes saludables y corresponsabilidad social en materia de salud
- promoción de la salud y respuesta de la OPS al trabajo de la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud

17. La Directora observó que el Subcomité tendría que examinar varios informes en su 40.<sup>a</sup> sesión. Algunos de ellos se habían elaborado a partir de debates anteriores del Comité Ejecutivo, mientras que otros habían sido exigidos por el Consejo Directivo, en su 46.<sup>a</sup> sesión o en sesiones anteriores. Entre los informes se encontraban los siguientes:

- informe del Grupo de Trabajo sobre la Racionalización de los Mecanismos de Gobernanza de la OPS;
- actualización sobre el proceso de fortalecimiento institucional, incluido el plan de acción para la ejecución de las recomendaciones sobre la gestión orientada a la consecución de resultados de la Dependencia Común de Inspección de las Naciones Unidas;

- informe sobre los métodos propuestos para formular el Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2008-2012;
- informe sobre el avance de la estrategia para el futuro de los centros panamericanos; y
- proyecto de estrategia para la movilización de recursos (uno de los proyectos incluidos en la Hoja de ruta para la transformación institucional).

18. Además, durante el ciclo de sesiones que tendrían lugar en 2006, se tenían que presentar a los Cuerpos Directivos otros informes sobre los progresos realizados y las estrategias regionales; sin embargo, el Subcomité de Planificación y Programación no necesariamente tenía que examinarlos todos antes de que se presentaran al Comité Ejecutivo o al Consejo Directivo. Entre ellos figuraban la Estrategia Regional sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud; un proyecto de estrategia regional para la prevención y el control integrados de las enfermedades crónicas; y una estrategia y plan de acción regionales en materia de nutrición y desarrollo. La Oficina también presentaría una actualización sobre las actividades realizadas con miras a lanzar un foro regional sobre salud pública en la Región.

19. En cuanto a los temas propuestos por los Estados Miembros, la Directora señaló que para preparar los documentos correspondientes, la Oficina necesitaba saber cuál era la orientación que los Estados Miembros deseaban, así como los puntos en los que se debía hacer hincapié. Propuso que el personal técnico responsable de cada área consultara durante el próximo mes a los Estados Miembros que habían formulado la propuesta para determinar la manera como se abordarían los diversos temas y si estos se presentarían al SPP, al Comité Ejecutivo o al Consejo Directivo, o bien, en el caso de los asuntos que la Asamblea Mundial de la Salud examinaría, si el debate en la OPS debía aguardar los resultados del debate mundial. Posteriormente, la Oficina propondría el orden del día para el SPP.

20. El Comité decidió que la 40.<sup>a</sup> sesión del Subcomité de Planificación y Programación se celebrara del 20 al 22 de marzo de 2006 y aceptó, como de costumbre, que la Oficina formulara el orden del día, considerando los temas que los Estados Miembros propusieran (decisión CE137[D6]).

#### ***Fechas de la 138.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo***

21. A sugerencia de la Directora, el Comité decidió celebrar su 138.<sup>a</sup> sesión del 19 al 23 de junio de 2006 (decisión CE137[D7]).

***Fechas del 47.º Consejo Directivo, 58.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas***

22. A sugerencia de la Directora, el Comité decidió que el 47.º Consejo Directivo, 58.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, se celebrara en la sede de la OPS, en Washington, D.C., del 25 al 29 de septiembre de 2006 (decisión CE137[D8]).

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

***Consecuencias de la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional en la Región de las Américas (documento CE137/4)***

23. El Dr. Marlo Libel (Asesor en Enfermedades Transmisibles, OPS) presentó el documento CE137/4, en el que se describían los planes de la OPS para apoyar a los Estados Miembros en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), aprobado en mayo de 2005 por la Asamblea Mundial de la Salud (resolución WHA58.3). El funcionario comenzó por examinar las obligaciones de los Estados Miembros y la OMS y sus oficinas regionales y de país establecidas en el Reglamento. También señaló que la aparición de una nueva cepa de gripe aviar muy patógena y la amenaza de una pandemia de gripe exigía que se acelerara y mejorara la cooperación técnica de la OPS en materia de preparación, alerta y respuesta ante epidemias. Para atender esa necesidad y cumplir con las obligaciones prescritas en el Reglamento Sanitario Internacional, la OPS, en calidad de Oficina Regional de la OMS para las Américas, encaminaría sus esfuerzos a mejorar las actividades de alerta y respuesta ante epidemias, y a fortalecer las capacidades nacionales necesarias para aplicar el RSI revisado.

24. En particular, la OPS prestaría apoyo a los países para el fortalecimiento de su capacidad de reglamentación mediante la definición de políticas, normas, reglamentos y responsabilidades institucionales; el intercambio y la difusión de la información entre los ministerios de salud y otros organismos gubernamentales; la investigación de los brotes de enfermedades; y la detección de enfermedades y amenazas concretas, así como la respuesta frente a ellas. Conforme a la importancia concedida al nivel subregional, la OPS seguiría trabajando para mejorar la formación de las redes subregionales mediante el mejoramiento de la comunicación y el intercambio de información entre los países que integran los diversos grupos subregionales, así como para armonizar las normas y procedimientos, y coordinar las medidas para abordar los problemas de salud pública, especialmente en las zonas fronterizas.

25. A nivel regional, la OPS seguiría mejorando su capacidad de coordinar la recopilación de información y apoyar la respuesta de los países frente a las emergencias de salud pública de interés internacional, tal como se define en el Reglamento Sanitario

Internacional revisado; esto incluye inventariar los recursos y suministros utilizables y movilizar los recursos necesarios. El presupuesto bienal por programas recientemente aprobado por el 46.º Consejo Directivo incluía una partida para la alerta y respuesta ante epidemias, la cual abarcaba recursos para la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional y la respuesta ante una posible pandemia de influenza. En ese sentido, la OPS había señalado líneas de acción concretas, a saber: mejorar la capacidad de respuesta nacional; fortalecer las redes subregionales; mejorar la coordinación dentro de la OPS y entre la OPS y la OMS; y perfeccionar la capacidad de la OPS para administrar la información y el conocimiento. Por otra parte, era necesario que la Organización determinara, en consulta con los Estados Miembros, las enfermedades prioritarias en la Región, además de las cuatro señaladas en el RSI revisado —influenza, viruela, poliomielitis causada por el poliovirus salvaje y el síndrome respiratorio agudo grave (SARS)—, que serían consideradas enfermedades de notificación obligatoria y, en función de ello, establecer los planes de cooperación técnica correspondientes.

26. Según el calendario para la aplicación planteado en la resolución mediante la cual se adoptó el Reglamento Sanitario Internacional revisado, este entraría en vigor en junio de 2007. Estaba previsto que para el 2009 los países ya hubieran evaluado sus capacidades básicas de vigilancia y respuesta, y los puntos designados de entrada. Los informes sobre los progresos realizados se presentarían a la Asamblea Mundial de la Salud en el 2009, y los países tendrían hasta el 2012 para abordar las deficiencias señaladas en las evaluaciones y establecer las capacidades básicas necesarias.

27. Durante el debate subsiguiente, un delegado señaló que el número de reglamentos o instrumentos internacionales que se pedía a los países que aprobaran o pusieran en práctica era cada vez mayor. El ejemplo más reciente era el Reglamento Sanitario Internacional y el Convenio Marco para el Control del Tabaco, adoptado el año anterior, era otro ejemplo. Algunos países, particularmente aquellos países pequeños que carecían de la infraestructura necesaria, muy probablemente tendrían dificultades para aplicar el RSI y cumplir con los requisitos de notificación. El mismo delegado preguntó si las oficinas de país de la OPS podrían ayudar a los países a suministrar a la OMS la información necesaria para velar por que el RSI se aplicara a tiempo.

28. El Dr. Libel reconoció que a los países pequeños les sería más difícil cumplir con las obligaciones establecidas en el Reglamento Sanitario Internacional. Una de las estrategias de la OPS para apoyar a esos países consistiría en velar por que determinadas capacidades básicas pudieran utilizarse a nivel subregional. Por ejemplo, no se podía esperar que todos los países del Caribe establecieran la capacidad necesaria en materia de laboratorios, por consiguiente, se haría un arreglo con el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) para la prestación de servicios de laboratorio en la subregión. En efecto, las oficinas de país prestarían apoyo a los países y contarían en sus presupuestos por programas con fondos para facilitar la prestación de cooperación técnica destinada a ese

fin. Sin embargo, habida cuenta de que el financiamiento a partir del presupuesto ordinario sería insuficiente, la OPS estaba preparada para ayudar a los países a movilizar otros recursos a fin de que pudieran cumplir las obligaciones prescritas en el RSI.

29. La Directora propuso que el Comité adoptara una decisión sobre este tema y el tema de la planificación para hacer frente a una posible pandemia de influenza, ya que ambos estaban estrechamente relacionados. El Comité estuvo de acuerdo con dicha propuesta y, después de considerar el tema de la influenza, adoptó la decisión CE137(D9).

***Plan de contingencia para hacer frente a una pandemia de influenza (documentos CE137/5 y CE137/INF/1)***

30. El Dr. Otavio Oliva (Asesor Regional en Enfermedades Víricas, OPS) presentó un panorama del plan estratégico y operativo de la OPS para responder a una pandemia de influenza en la Región, y señaló que el plan aún se estaba elaborando y que la Oficina solicitaba al Comité Ejecutivo que formulara observaciones al respecto para seguir perfeccionándolo. En la versión del documento CE137/INF/1 que se había distribuido a los Miembros del Comité se describía la situación de la planificación para hacer frente a una pandemia de influenza regional al 23 de septiembre de 2005.

31. La elaboración del plan estaba a cargo de un grupo de estudio interprogramático y multidisciplinario creado por la Directora para asesorar, autorizar, coordinar y dar seguimiento a las actividades de la OPS relacionadas tanto con la preparación y la respuesta frente a una pandemia de influenza como con la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional en las Américas. El grupo de estudio, coordinado por el Subdirector, estaba integrado por representantes de todas las áreas de trabajo técnicas de la Organización, así como por representantes de las oficinas de país y los centros panamericanos; también contaba con la participación de los representantes de cuatro subregiones.

32. Los objetivos del plan consistían en orientar la cooperación técnica de la OPS, de modo que se velara por que las actividades necesarias para preparar a la Región para hacer frente a una pandemia de influenza realmente se llevaran a cabo; ayudar a los países a elaborar planes nacionales de preparación; y apoyar a los países en la ejecución de las actividades necesarias para preparar una respuesta eficaz frente a una pandemia. Estos objetivos correspondían a las tres fases del plan: prepandemia, aparición del virus pandémico, y pandemia declarada y propagación internacional. Cada objetivo tenía resultados previstos, indicadores y actividades programadas. Al elaborar el plan, el grupo de estudio había considerado las directivas de los Cuerpos Directivos de la OPS y la OMS sobre el tema; el criterio específico de fases establecido en el plan estratégico de la OMS; el Plan Mundial de la OMS de Preparación para una pandemia de gripe; la lista de



verificación de la OMS para la planificación de la preparación frente a una pandemia de influenza; y otros documentos y directrices de la OMS, así como los planes nacionales de preparación para la influenza. Respecto de este último punto, pidió a los países que habían elaborado planes o estaban en el proceso de redactarlos que los presentaran a la Oficina, ya que constituían una rica fuente de información e ideas para la propia planificación de la Organización. También señaló que la OMS había revisado las normas para ayudar a los países a elaborar los planes de preparación para una pandemia y que la OPS los había traducido y difundido en la Región.

33. Otra consideración para la elaboración del plan estratégico y operativo era el Reglamento Sanitario Internacional revisado, en el que se exhortaba a los países a establecer las capacidades básicas necesarias para detectar enfermedades como la influenza y responder a ellas. La eficacia de los planes nacionales de preparación para una pandemia de influenza dependería de la medida en que dichas capacidades se hubieran establecido. Por consiguiente, la OPS consideraba que la formulación de planes nacionales ofrecía la posibilidad de crear las capacidades necesarias para aplicar el RSI.

34. Los próximos pasos serían continuar con el examen del plan y elaborar el presupuesto y calendario para ejecutar las actividades descritas en él; ampliar la consulta sobre el plan; movilizar otros recursos; fortalecer la capacidad a nivel de país, para lo cual en las oficinas de país se formarían grupos de estudio en materia de preparación para una pandemia de influenza y la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional; continuar con la formulación de planes nacionales de preparación para una pandemia de influenza con apoyo de la OPS; y organizar una reunión de consulta con expertos sobre el uso de medidas de salud pública no farmacéuticas durante el período de pandemia.

35. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el plan estratégico y operativo y expresó su agradecimiento a la OPS por el trabajo realizado con los países para ayudarlos a elaborar planes similares a nivel nacional. Se consideró que la formulación de planes de preparación en los países era fundamental para manejar satisfactoriamente una pandemia de influenza en la Región. Se recalcó que la naturaleza de dichos planes debía ser multisectorial, habida cuenta de las repercusiones económicas y sociales que una pandemia tendría. Los Miembros recalcaron asimismo la necesidad de fortalecer la vigilancia, en particular durante la fase de prepandemia. Se alentó a la OPS a que ayudara a los países a adaptar y mejorar sus sistemas de vigilancia epidemiológica y serológica, según fuera necesario, para responder a una pandemia.

36. El Comité reconoció la estrecha relación entre la preparación para una pandemia de influenza y el Reglamento Sanitario Internacional, y aplaudió los esfuerzos de la OPS para ayudar a los países a fortalecer las capacidades básicas prescritas en el RSI como parte de su planificación para una pandemia de influenza. Un delegado observó que la

pandemia de influenza probablemente sería el primer caso en el que se pondría a prueba el RSI revisado.

37. Se observó que en los próximos meses tendrían lugar varias reuniones sobre la preparación para una pandemia de influenza, entre ellas, la reunión de la Alianza Internacional de Preparación para una Pandemia de Influenza Aviar (una iniciativa del gobierno de los Estados Unidos) y la reunión de los socios sobre influenza aviar e influenza pandémica humana, la cual se celebraría en la sede de la OMS en noviembre de 2005 y en la que se examinarían diversos asuntos relacionados con la preparación para una pandemia, entre ellos, las necesidades en materia de recursos y los mecanismos para movilizarlos. A este respecto, un Miembro pidió a la Oficina que expusiera sus planes para movilizar los recursos necesarios para ejecutar plenamente el plan estratégico y operativo.

38. El Dr. Oliva afirmó que la OPS estaba trabajando en los planes de preparación para una pandemia de influenza bajo la égida del Reglamento Sanitario Internacional porque la formulación de dichos planes y la eficacia de la respuesta frente a una pandemia de influenza dependería de si se disponía de las capacidades básicas prescritas en el RSI. En cuanto a la vigilancia, señaló que Organización tenía una larga historia en materia de prestación de cooperación técnica en esa esfera y en la relacionada con la preparación para la influenza. Durante años había trabajado para fortalecer la capacidad en materia de vigilancia y laboratorios en los países. Actualmente, la Región contaba con 14 centros nacionales dedicados a la influenza y, desde el 2000, con el apoyo de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), la OPS había proporcionado adiestramiento al personal de laboratorio de los países de la Región en materia de técnicas de laboratorio relacionadas con la influenza. Además, se habían impartido talleres bianuales sobre la vigilancia de la influenza y las técnicas de laboratorio.

39. La Directora recordó que la puesta al día sobre la preparación para una pandemia de influenza se había presentado en respuesta a las solicitudes de los Estados Miembros presentadas en varias reuniones, incluida la 136.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo. El objetivo principal de la ponencia había sido presentar un modelo que los países pudieran emular mediante la elaboración de sus propios planes de preparación intersectoriales e interprogramáticos. En ese sentido, alentó a los Estados Miembros a que consideraran la planificación para una pandemia como una oportunidad para fortalecer sus sistemas sanitarios y de vigilancia y sus programas de vacunación. En su opinión, aunque la amenaza de una pandemia de influenza debía sin duda considerarse seriamente, no había ninguna razón que justificara el pánico. Se estaban adoptando medidas favorables, tanto en el ámbito regional como en el nacional, para preparar a los países frente a una pandemia. Por ejemplo, era prometedor el hecho de que muchos países hubieran incorporado la vacuna contra la influenza en sus programas de vacunación y ampliado la

población destinataria, de modo que la vacuna también se administrara a los niños menores de un año.

40. Con respecto a la movilización de recursos, señaló que aun cuando los cálculos presupuestarios presentados por el Dr. Oliva parecían, en efecto, muy elevados, la Región no solo tenía una larga historia en materia de vigilancia de la influenza, sino también una experiencia sólida en movilización de recursos destinados a la puesta en práctica de iniciativas de salud pública. Se había movilizado una cantidad mucho mayor, por ejemplo, para la campaña de erradicación de la poliomielitis. Por consiguiente, estaba segura de que sería posible recaudar los fondos que se necesitaban para la preparación y el manejo de una pandemia de influenza.

41. Como se mencionó en el párrafo 29, el Comité Ejecutivo adoptó una decisión combinada que se refería tanto a la preparación para una pandemia de influenza como al Reglamento Sanitario Internacional (decisión CE137[D9]).

#### **Otros asuntos**

42. El Delegado de Antigua y Barbuda señaló que su país no había sido elegido para formar parte de los subcomités o grupos de trabajo del Comité Ejecutivo, y manifestó la voluntad de su delegación de participar más activamente en el trabajo del Comité. La Directora tomó nota de las palabras del delegado y le aseguró que Antigua y Barbuda, por invitación de ella misma y en conformidad con las atribuciones del Subcomité, sería considerada como uno de los Miembros del Subcomité de Planificación y Programación.

#### **Clausura de la sesión**

43. Tras el habitual intercambio de fórmulas de cortesía, el Presidente declaró clausurada la 137.<sup>a</sup> sesión.

#### **Decisiones**

44. Durante la 137.<sup>a</sup> sesión, el Comité Ejecutivo adoptó las decisiones siguientes:

##### ***CE137(D1) Elección de la Mesa Directiva***

De conformidad con el Artículo 15 de su Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo eligió a los siguientes Estados Miembros para constituir la Mesa Directiva de la 137.<sup>a</sup> y la 138.<sup>a</sup> sesiones:

Presidencia: Argentina  
Vicepresidencia: Costa Rica  
Relatoría: Canadá

*(Reunión única, 30 de septiembre de 2005)*

***CE137(D2) Adopción del orden del día***

De conformidad con el Artículo 9 de su Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo adoptó el orden del día presentado por la Directora (documento CE137/1).

*(Reunión única, 30 de septiembre de 2005)*

***CE137(D3) Elección de un Miembro para integrar el Subcomité de Planificación y Programación***

Se eligió a Venezuela para formar parte del Subcomité de Planificación y Programación.

*(Reunión única, 30 de septiembre de 2005)*

***CE137(D4) Elección de un Miembro para integrar el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales***

Se eligió a Panamá para formar parte del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales.

*(Reunión única, 30 de septiembre de 2005)*

***CE137(5) Establecimiento de un Grupo de Trabajo sobre la Racionalización de los Mecanismos de Gobernanza de la OPS***

El Comité Ejecutivo, de conformidad con la Decisión CE136(D3) y la Resolución CD46.R2,

1. DECIDE establecer un grupo de trabajo, de composición abierta, sobre la racionalización de los mecanismos de gobernanza de la OPS.

2. DECIDE que el Grupo de Trabajo preparará recomendaciones sobre: a) la reforma y simplificación del Subcomité de Planificación y Programación (SPP) y del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo; b) el proceso de elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana; y c) el mejoramiento de las normas y procedimientos de los Cuerpos Directivos.
3. DECIDE nombrar a Argentina, Barbados, Canadá, Costa Rica y Cuba miembros del Grupo de Trabajo y designar a Canadá presidente del mismo.
4. DECIDE que el Grupo de Trabajo, con apoyo de la Oficina, definirá sus métodos de trabajo, calendario, participantes y mecanismos de gobernanza durante su primera reunión, la cual se celebrará antes que finalice 2005.
5. DECIDE que el Comité Ejecutivo, en su 138.<sup>a</sup> sesión, examinará el informe del Grupo de Trabajo y presentará sus recomendaciones al 47.<sup>o</sup> Consejo Directivo.

*(Reunión única, 30 de septiembre de 2005)*

***CE137(D6) Fechas y temas propuestos para la 40.<sup>a</sup> sesión del Subcomité de Planificación y Programación***

El Comité decidió que la 40.<sup>a</sup> sesión del Subcomité de Planificación y Programación se celebraría del 20 al 22 de marzo de 2006 y aceptó que la Oficina formulara el orden del día, considerando los temas que los Estados Miembros propusieran.

*(Reunión única, 30 de septiembre de 2005)*

***CE137(D7) Fechas de la 138.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo***

De conformidad con el Artículo 17.A de la Constitución de la OPS, el Comité fijó las fechas en que se celebraría su primera sesión del año 2006, la 138.<sup>a</sup> sesión, a saber, del 19 al 23 de junio de 2006.

*(Reunión única, 30 de septiembre de 2005)*

***CE137(D8) Fechas del 47.º Consejo Directivo, 58.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas***

De conformidad con el Artículo 12.A de la Constitución de la OPS y el Artículo 1 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, el Comité autorizó a la Directora a convocar el 47.º Consejo Directivo, 58.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, que se celebrará en Washington, D.C. del 25 al 29 de septiembre de 2006.

*(Reunión única, 30 de septiembre de 2005)*

***CE137(D9) Alerta y respuesta ante epidemias***

El Comité Ejecutivo, habiendo examinado los documentos "Plan de Contingencia para hacer frente a una Pandemia de Influenza" (documento CE137/5) y "Consecuencias de la Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en la Región de las Américas" (documento CE137/4),

1. DECIDE instar a los Estados Miembros a que asignen una prioridad elevada a la ejecución de los planes de acción para mejorar las infraestructuras de salud pública y los recursos nacionales, al objeto de satisfacer los requisitos relativos a las capacidades básicas de alerta y respuesta ante epidemias prescritas en Reglamento Sanitario Internacional (2005) recientemente aprobado; y a acelerar la elaboración y ejecución de los planes nacionales de preparación para una pandemia de influenza, así como a tener listos los borradores de dichos planes en junio de 2006.

2. DECIDE que la Oficina de la OPS debe: a) finalizar los procedimientos operativos normales para coordinar la alerta y la respuesta regional frente a la pandemia de influenza y otras emergencias de salud pública de interés internacional; b) prestar cooperación técnica para fortalecer la capacidad nacional de vigilancia y respuesta en los puntos de entrada; c) ayudar a movilizar recursos técnicos y financieros para ayudar a los países en desarrollo a fortalecer y mantener las capacidades prescritas en el Reglamento Sanitario Internacional, especialmente las relacionadas con la preparación para una pandemia de gripe; y d) presentar al 47.º Consejo Directivo un informe sobre los progresos realizados en cuanto a la elaboración de planes nacionales de preparación para una pandemia, el estado de las evaluaciones de las capacidades básicas prescritas en el Reglamento, y las actividades de la OPS para prestar apoyo a los Estados Miembros.

*(Reunión única, 30 de septiembre de 2005)*

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

HECHO en Washington, D.C., Estados Unidos de América, a los 30 días del mes de septiembre del año dos mil cinco. La Secretaria depositará los textos originales en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana y enviará copias a los Estados Miembros de la Organización.

---

Carlos Vizzotti  
Delegado de Argentina  
Presidente de la 137.<sup>a</sup> sesión del Comité  
Ejecutivo

---

Mirta Roses Periago  
Directora de la Oficina Sanitaria  
Panamericana  
Secretaria ex officio de la 137.<sup>a</sup> sesión del  
Comité Ejecutivo

## **ORDEN DEL DÍA**

- 1. Apertura de la sesión**
- 2. Asuntos relativos al reglamento**
  - 2.1 Elección del Presidente, el Vicepresidente y el Relator del Comité Ejecutivo
  - 2.2 Adopción del orden del día
- 3. Asuntos relativos a los comités**
  - 3.1 Elección de un Estado Miembro para integrar el Subcomité de Planificación y Programación por haber llegado a su término el mandato de los Estados Unidos de América en el Comité Ejecutivo
  - 3.2 Elección de un Estado Miembro para integrar el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales por haber llegado a su término el mandato de los Estados Unidos de América en el Comité Ejecutivo
- 4. Asuntos relativos a los Cuerpos Directivos**
  - 4.1 Propuesta sobre el proceso de racionalización de los mecanismos de gobernanza de la OPS
  - 4.2 Fechas y temas que se proponen para la 40.<sup>a</sup> sesión del Subcomité de Planificación y Programación
  - 4.3 Fechas de la 138.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo
  - 4.4 Fechas del 47.<sup>o</sup> Consejo Directivo, 58.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas



**ORDEN DEL DÍA** (*cont.*)

**5. Asuntos relativos a la política de los programas**

- 5.1 Implicaciones del Reglamento Sanitario Internacional para la Región de las Américas
- 5.2 Plan de contingencia para hacer frente a una pandemia de influenza

**6. Otros asuntos**

**LIST OF PARTICIPANTS  
LISTA DE PARTICIPANTES**

**MEMBERS OF THE COMMITTEE/MIEMBROS DEL COMITÉ**

**ANTIGUA AND BARBUDA/ANTIGUA Y BARBUDA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. H. John Maginley  
Minister of Health, Sports, and Youth Affairs  
Ministry of Health, Sports, and Youth Affairs  
St. John's

**ARGENTINA**

Dr. Carlos Vizzotti  
Subsecretario de Relaciones Sanitarias  
e Investigación en Salud  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires

Lic. Karina Chierzi  
Jefa de Gabinete de la Subsecretaria de Relaciones  
Sanitarias e Investigación en Salud  
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación  
Buenos Aires

**BARBADOS**

Hon. Jerome X. Walcott  
Minister of Health  
Ministry of Health  
St. Michael

Dr. Joy St. John  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health  
St. Michael

Ms. Antoinette Williams  
Permanent Secretary  
Ministry of Health  
St. Michael

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

**CANADA/CANADÁ**

Mr. Nick Previsich  
Acting Director  
International Affairs Directorate  
Health Canada  
Ottawa

Ms. Melissa Follen  
Senior Policy Advisor  
International Affairs Directorate  
Health Canada  
Ottawa

**CHILE**

Dr. Manuel Inostroza  
Superintendente Provisional de Instituciones de Salud  
Ministerio de Salud  
Santiago

Dr. Roberto Tapia  
Jefe de la Oficina de Cooperación y  
Asuntos Internacionales  
Ministerio de Salud  
Santiago

Sra. Natalia Meta Buscaglia  
Coordinadora de Proyectos  
Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales  
Ministerio de Salud  
Santiago

**COSTA RICA**

Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal  
Ministra de Salud  
Ministerio de Salud  
San José

Sra. Roxana Terán de De La Cruz  
Ministra Consejera  
Misión Permanente de Costa Rica  
ante la Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

**CUBA**

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

**PANAMA/PANAMÁ**

Dr. Cirilo Lawson  
Director General de Salud  
Ministerio de Salud  
Ciudad de Panamá

Lic. Ilonka Pusztai  
Directora de Asuntos Internacionales  
Ministerio de Salud  
Ciudad de Panamá

**OTHER MEMBER STATES/ OTROS ESTADOS MIEMBROS**

**MEXICO/MÉXICO**

Dr. Cuauhtémoc Ruíz Matus  
Coordinador de Asesores del Subsecretario de  
Prevención y Promoción de la Salud  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Lic. Nadia Levy Popp  
Directora de Cooperación Bilateral  
y Regional  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

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

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

**OTHER MEMBER STATES/ OTROS ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

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

Mr. Mark Abdo  
International Health Officer  
Department of Health and Human Services  
Washington, D.C.

Ms. Ginny Gidi  
International Health Officer for the Americas  
Office of Global Health Affairs  
Department of Health and Human Services  
Rockville, MD

**VENEZUELA**

Dr. Luis Ángel Lira Ochoa  
Coordinador del Proyecto de Salud  
Ministerio de Salud y Desarrollo Social  
Caracas

Lic. Rosicar Mata León  
Directora General de la Oficina de Cooperación Técnica  
y Relaciones Internacionales  
Ministerio de Salud y Desarrollo Social  
Caracas

**ASSOCIATE MEMBERS  
MIEMBROS ASOCIADOS**

**PUERTO RICO**

Dra. Aida Gregory  
Subsecretaria de Salud  
Departamento de Salud  
San Juan

Dr. Raúl G. Castellanos Bran  
Asesor del Secretario de Salud  
Departamento de Salud  
San Juan

**PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION  
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

**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. Joxel García  
Deputy Director/Director Adjunto

Dr. Carissa Etienne  
Assistant Director/Subdirectora

Ms. Diane Arnold  
Director of Administration, a.i.  
Directora de Administración, a.i.

Dr. Daniel López Acuña  
Director of Program Management  
Director de Gestión de Programas

- - -



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



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

*Washington, D.C., EUA, 19 al 23 de junio de 2006*

---

CD47/5 (Esp.)  
Anexo B

CE138/FR (Esp.)  
23 junio 2006  
ORIGINAL: INGLÉS

**INFORME FINAL**

## CONTENIDO

	<i>Página</i>
<b>Apertura de la sesión</b> .....	6
<b>Asuntos relativos al reglamento</b> .....	6
Mesa Directiva .....	6
Adopción del orden del día y del programa de reuniones.....	7
Representación del Comité Ejecutivo en el 47.º Consejo Directivo de la OPS, 58.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas .....	7
Orden del día provisional del 47.º Consejo Directivo de la OPS, 58.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas .....	7
<b>Asuntos relativos a los subcomités</b> .....	7
Informe sobre la 40.ª sesión del Subcomité de Planificación y Programación.....	7
Informe del Grupo de Trabajo sobre la Racionalización de los Mecanismos de Gobernanza de la OPS .....	9
Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2006.....	13
Informe del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales.....	14
<b>Asuntos relativos a la política de los programas</b> .....	14
Método para formular el Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2008-2012 y una Propuesta de Agenda de Salud para las Américas, 2008-2017.....	14
Evaluación de la ejecución del Presupuesto por Programas Bienal de la Organización Panamericana de la Salud, 2004-2005 .....	17
Estrategia regional para mantener los programas nacionales de vacunación en las Américas .....	18
La salud del recién nacido en el contexto de la atención de la salud de la madre, el recién nacido y el niño para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas .....	23
La salud de los pueblos indígenas de las Américas .....	26
Propuesta de plan regional decenal sobre salud bucodental .....	30
La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y otros derechos relacionados .....	33



**CONTENIDO** (*cont.* )

*Página*

<b>Asuntos relativos a la política de los programas</b> ( <i>cont.</i> )	
Promoción de la salud: logros y enseñanzas extraídas entre la Carta de Ottawa y la Carta de Bangkok y perspectivas para el futuro .....	38
Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud.....	42
Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo.....	47
<b>Asuntos administrativos y financieros</b> .....	50
Informe sobre la recaudación de las cuotas.....	50
Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo 2004-2005.....	52
Informe sobre las actividades de los Servicios de Supervisión Interna .....	56
Modificaciones del Reglamento Financiero.....	58
Proceso para el nombramiento del Auditor Externo.....	59
Proceso para implantar la nueva escala de cuotas con base en la nueva escala de la OEA.....	59
<b>Asuntos de personal</b> .....	60
Modificaciones del Reglamento del Personal de la OSP.....	60
Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS .....	61
<b>Asuntos de información general</b> .....	62
Actualización del proceso de fortalecimiento institucional de la Oficina Sanitaria Panamericana .....	62
Examen de los centros panamericanos.....	65
Informe de progreso sobre los preparativos y la respuesta frente a los desastres sanitarios a nivel nacional y regional .....	67
Pandemia de influenza: informe sobre los progresos realizados .....	69
Informe anual sobre los recursos humanos de la OPS .....	72
Resoluciones y otras acciones de la 59. <sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS .....	73
<b>Otros asuntos</b> .....	73
<b>Clausura de la sesión</b> .....	76

## Resoluciones y decisiones

### *Resoluciones*

CE138.R1	Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud.....	77
CE138.R2	Estrategia y Plan de Acción Regionales sobre la Nutrición en la Salud y el Desarrollo .....	79
CE138.R3	Proceso para implantar la nueva escala de cuotas con base en la nueva escala de la OEA.....	81
CE138.R4	Estrategia Regional para mantener los Programas Nacionales de Vacunación en las Américas .....	82
CE138.R5	Proceso para el nombramiento del Auditor Externo .....	84
CE138.R6	Modificaciones del Reglamento Financiero.....	84
CE138.R7	Modificaciones del Reglamento del Personal de la OSP .....	85
CE138.R8	Modificaciones del Reglamento del Personal de la OSP: Salario del Director .....	88
CE138.R9	Propuesta de Plan Regional Decenal sobre Salud Bucodental para las Américas .....	89
CE138.R10	La salud del recién nacido en el contexto de la atención de la salud de la madre, el recién nacido y el niño para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas .....	91
CE138.R11	La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y otros derechos relacionados.....	92
CE138.R12	Informe del Grupo de Trabajo sobre la Racionalización de los Mecanismos de Gobernanza de la OPS: Creación del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración .....	96
CE138.R13	Informe del Grupo de Trabajo sobre la Racionalización de los Mecanismos de Gobernanza de la OPS: Supresión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo.....	99
CE138.R14	Informe financiero del Director e Informe del Auditor Externo, 2004-2005.....	100
CE138.R15	Informe sobre la recaudación de las cuotas.....	101
CE138.R16	Organizaciones No Gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS .....	102
CE138.R17	Orden del día provisional del 47.º Consejo Directivo, 58.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas .....	103
CE138.R18	La salud de los pueblos indígenas en las Américas .....	104
CE138.R19	La Agenda de Salud para las Américas, 2008-2017 .....	105

**Resoluciones** (cont.)

CE138.R20	Informe del Grupo de Trabajo sobre la Racionalización de los Mecanismos de Gobernanza de la OPS: Proceso para la elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana ....	107
CE138.R21	Método para formular el Plan Estratégico para la Oficina Sanitaria Panamericana, 2008-2012.....	113
CE138.R22	Informe del Grupo de Trabajo sobre la Racionalización de los Mecanismos de Gobernanza de la OPS: Mejoramiento del Reglamento Interno del Consejo Directivo .....	114
CE138.R23	Premio OPS en Administración, 2006 .....	117

**Decisiones**

CE138(D1)	Adopción del orden del día .....	117
CE138(D2)	Representación en el 47.º Consejo Directivo de la OPS, 58.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas .....	118

**Anexos**

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

## INFORME FINAL

### Apertura de la sesión

1. La 138.<sup>a</sup> 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 19 al 23 de junio de 2006. La sesión contó con la presencia de los delegados de los siguientes nueve Miembros del Comité Ejecutivo elegidos por el Consejo Directivo: Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, Panamá y Venezuela. También asistieron delegados de los siguientes Estados Miembros y Estados Observadores, en calidad de observadores: Brasil, España, Estados Unidos de América, México, Paraguay y Trinidad y Tobago. Además, estuvieron representadas tres organizaciones intergubernamentales y seis organizaciones no gubernamentales.

2. El Dr. Carlos Vizzotti (Argentina, Presidente del Comité Ejecutivo) inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes. Recordando con pesar la muerte reciente del Dr. Lee Jong-Wook, Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), observó que se acostumbraba en tales situaciones observar un minuto de silencio. Sin embargo, considerando la personalidad vibrante y jovial del Dr. Lee, opinó que sería más apropiado observar un minuto de aplausos.

3. El Comité conmemoró la vida del Dr. Lee con una ronda de aplausos.

4. La Dra. Mirta Roses (Directora, Oficina Sanitaria Panamericana) también extendió su bienvenida a los participantes, en particular a los representantes de las organizaciones no gubernamentales, a los cuales consideró socios valiosos en el trabajo de la OPS. Señaló que el Comité examinaría muchos temas de gran importancia para la vida de la Organización, y esperaba que las deliberaciones fueran cordiales y fructíferas.

### Asuntos relativos al reglamento

#### *Mesa Directiva*

5. Los Miembros que habían sido elegidos para integrar la Mesa Directiva en la 137.<sup>a</sup> sesión del Comité y que siguieron desempeñando sus cargos respectivos en la 138.<sup>a</sup> sesión fueron los siguientes:

<i>Presidencia:</i>	Argentina	(Dr. Carlos Vizzotti)
<i>Vicepresidencia:</i>	Costa Rica	(Sr. Carlos Valerio Monge)
<i>Relatoría:</i>	Canadá	(Sra. Kate Dickinson) (Sr. Nick Previsich)

6. La Directora fue Secretaria *ex officio*, y el Dr. Joxel García (Director Adjunto, Oficina Sanitaria Panamericana) actuó como Secretario Técnico.

***Adopción del orden del día y del programa de reuniones (documentos CE138/1, Rev. 1 y CE138/WP/1, Rev. 2)***

7. El Dr. Joxel García presentó el orden del día provisional preparado por la Oficina de conformidad con el Artículo 9 de su Reglamento Interno y señaló a la atención del Comité varios cambios menores en los títulos de varios puntos del orden del día, observando que se prepararía una versión revisada de este (documento CE138/1/Rev. 2) para reflejar esos cambios, y que se publicarían avisos de corrección de los documentos de trabajo respectivos.

8. El Comité adoptó el orden del día provisional revisado. El Comité también adoptó el programa de reuniones (decisión CE138[D1]).

***Representación del Comité Ejecutivo en el 47.º Consejo Directivo, 58.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE138/3)***

9. De conformidad con el Artículo 54 del Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo nombró a los delegados de Argentina y Costa Rica, titulares de la Presidencia y la Vicepresidencia, respectivamente, para representar al Comité en el 47.º Consejo Directivo. Se designó a Antigua y Barbuda y a Chile suplentes de Argentina y de Costa Rica, respectivamente (decisión CE138[D2]).

***Orden del día provisional del 47.º Consejo Directivo, 58.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE138/4, rev. 1)***

10. El Secretario Técnico presentó el orden del día provisional preparado por la Directora en conformidad con el Artículo 14.B de la Constitución de la OPS y el Artículo 7 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, y señaló a la atención del Comité lo que se había agregado y algunos cambios de estilo en los títulos de ciertos puntos del orden del día.

11. El Comité aprobó el orden del día provisional con las modificaciones señaladas por el Secretario Técnico (resolución CE138.R17), a pesar de que se expresó inquietud por su extensión.

**Asuntos relativos a los subcomités**

***Informe de la 40.ª sesión del Subcomité de Planificación y Programación (documento CE138/6)***

12. El Dr. Roberto Dullak Peña (Paraguay, Relator del Subcomité de Planificación y Programación) presentó el informe de la 40.ª sesión del Subcomité, señalando que algunos

de los temas que había examinado el Subcomité también serían examinados por el Comité Ejecutivo en su 138.<sup>a</sup> sesión y que informaría sobre esos temas cuando los considerara el Comité. El Subcomité había examinado los temas siguientes que no figuraban en el orden del día del Comité: Plan de acción para la ejecución de la gestión orientada a la consecución de resultados en la Oficina Sanitaria Panamericana, Marco de la OPS para la movilización de recursos y Planes de salud pública para las Américas: marco conceptual y proceso. Las observaciones del Subcomité sobre esos temas se podrían consultar en el informe final de su 40.<sup>a</sup> sesión (documento SPP40/FR, anexo al documento CE138/6).

13. Al considerar “Otros asuntos”, el Subcomité había escuchado informes breves sobre las actividades recientes de la Oficina de Servicios de Supervisión Interna y la preparación de la edición de 2007 de la publicación *Salud en las Américas*. El Subcomité también había debatido el orden del día para la 138.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo y la preparación y puntualidad de los documentos para los Cuerpos Directivos. Con relación al último tema, el Subcomité había instado a la Oficina a que tuviera los documentos listos lo antes posible y a que se cerciorara de que los documentos de trabajo abarcaran información sobre recursos humanos y financieros y sus repercusiones en los grupos vulnerables, especialmente los pueblos indígenas, los ancianos y las mujeres y los niños.

14. Los miembros del Comité Ejecutivo felicitaron al Subcomité por su trabajo, señalando que la mayoría de los temas examinados se habían vinculado directamente a las funciones originales del Subcomité: la planificación y la programación. Se destacó la importancia de la gestión orientada a la consecución de resultados, así como la de la participación amplia de los Estados Miembros en la formulación del instrumento de planificación a largo plazo de la Organización, o sea la Agenda de Salud para las Américas para el decenio.

15. El Comité insistió en la necesidad de tener listos lo antes posible los documentos de trabajo para los Cuerpos Directivos y también hizo hincapié en la conveniencia de reducir la extensión de los documentos para facilitar la preparación de los Estados Miembros para debatirlos.

16. El Delegado de Canadá, señalando que había planteado el tema de las contribuciones voluntarias de la OMS durante las deliberaciones del Subcomité, recomendó que la Oficina preparara y distribuyera un informe anual sobre la proporción de tales contribuciones que se asignaba a las Américas. También sugirió que se debería agregar al orden del día del Consejo Directivo un punto para tratar brevemente las contribuciones voluntarias con objeto de sensibilizar a los ministros de salud, en particular, acerca de la importancia de ejercer presión política para que se asignara una proporción más grande de recursos extrapresupuestarios de la OMS a la Región.

17. El Comité tomó nota del informe.

***Informe del Grupo de Trabajo sobre la Racionalización de los Mecanismos de Gobernanza de la OPS (documentos CE138/5 y CE138/5, Add. I)***

18. El informe del Grupo de Trabajo fue presentado por el Sr. Nick Previsich (Canadá, Presidente del Grupo de Trabajo sobre Racionalización de los Mecanismos de Gobernanza de la OPS), quién examinó las atribuciones y el método de trabajo del Grupo y resumió las deliberaciones y las recomendaciones que habían surgido de sus dos reuniones y una “reunión virtual” con respecto a los siguientes temas: la reforma y simplificación del Subcomité de Planificación y Programación y la creación de un Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración nuevo; el funcionamiento del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales; la supresión del Subcomité Sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo; el proceso para la elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana; y las modificaciones del Reglamento Interno de los Cuerpos Directivos.

19. El Sr. Previsich expresó su agradecimiento por el apoyo de la Oficina a las actividades del Grupo de Trabajo y citó varios temas que el Comité Ejecutivo necesitaba seguir examinando, entre otros: velar por la representación geográfica amplia al integrar el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración propuesto; los detalles del procedimiento para el período de preguntas y respuestas durante el foro abierto propuesto para los candidatos a Director de la OSP; las modalidades para un mecanismo de supervisión del uso de los fondos discrecionales durante los seis meses anteriores y posteriores a las elecciones; y las descripciones del puesto de Director Adjunto y Subdirector o sus atribuciones. Concluyó con la observación de que esa documentación adicional estaba disponible en caso de que algún Estado Miembro deseara más información sobre cualquiera de los temas considerados por el Grupo de Trabajo.

20. El Comité Ejecutivo agradeció al Grupo de Trabajo su ardua labor y elogió al Presidente por su habilidad para dirigir las deliberaciones del Grupo. Recordó que los diversos temas que abordó el Grupo de Trabajo y sus recomendaciones sobre los mismos, como se expresaban en los cuatro proyectos de resolución presentados al Comité, se tratarían por separado.

***Creación del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración***

21. El Comité Ejecutivo estuvo de acuerdo con la recomendación del Grupo de Trabajo de que se debía suprimir el Subcomité de Planificación y Programación actual y crear el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración, con funciones similares a las del Comité de Programa, Presupuesto y Administración de la OMS. El Comité también aceptó las atribuciones propuestas para el Subcomité nuevo.

22. Con respecto a la composición del Subcomité, los Miembros subrayaron la necesidad de que la representación geográfica de los Estados Miembros fuera equilibrada y adecuada. El Comité trató la conveniencia de implantar un sistema que garantice un

número determinado de miembros de cada subregión, pero finalmente llegó a la conclusión de que sería posible lograr una representación geográfica justa mediante el proceso propuesto por el Grupo de Trabajo: la elección de cuatro miembros por el Comité Ejecutivo para mandatos que corran paralelamente a los suyos en el Comité Ejecutivo y la designación de tres miembros por el Director en consulta con el Presidente del Comité Ejecutivo, antes de cada sesión del Subcomité.

23. En cuanto a la frecuencia de las reuniones del Subcomité nuevo, se acordó que debería reunirse por lo menos una vez al año en las fechas que decidiera el Comité Ejecutivo; la primera sesión se celebraría en marzo de 2007. Se subrayó que, al fijar las fechas, el Comité debería considerar las circunstancias en las que el aporte del Subcomité a los asuntos del programa, el presupuesto y administrativos fuera más útil a la Oficina. También se acordó que el Comité Ejecutivo tendría la flexibilidad para convocar más sesiones del Subcomité cuando fuera necesario, en particular en los años en que se estuviera examinando el presupuesto por programas de la Organización.

24. Por último, el Comité estuvo de acuerdo con la recomendación del Grupo de Trabajo de que el Subcomité nuevo se hiciera cargo de las funciones actuales del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales, como una forma de fortalecer las relaciones de la OPS con dichas organizaciones y de lograr un análisis más detallado de sus aportes a las prioridades programáticas de la Organización. El Sr. Previsich aclaró que no era necesario adoptar una resolución para disolver el Comité Permanente porque no era un comité establecido formalmente.

25. Las decisiones del Comité con respecto a la supresión del Subcomité de Planificación y Programación y la creación del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración figuran en la resolución CE138.R12.

#### *Supresión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo*

26. El Comité Ejecutivo estuvo de acuerdo con la recomendación del Grupo de Trabajo de que el Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo debería suprimirse, pero haciendo hincapié en que el tema de la igualdad de género se debería seguir tratando en los Cuerpos Directivos y se debería incorporar en todos los ámbitos de la labor de la Organización. El Comité también estuvo de acuerdo con la creación de un grupo consultivo integrado por expertos de la Región en asuntos de la mujer, la salud y el desarrollo para que la igualdad de género continúe siendo un elemento de interés normativo y programático para la Organización.

27. El Comité aprobó la resolución CE138.R13, en la que se suprimía el Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo y se exhortaba a la Directora a establecer el grupo consultivo recomendado y a velar por que la Organización siga concentrando su atención en las cuestiones relativas al género en su trabajo y que se debatan en los Cuerpos Directivos.



28. Comité estuvo de acuerdo con los criterios de nombramiento propuestos por el Grupo de Trabajo.

*Procedimiento para la elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana*

29. Con respecto a los criterios propuestos para el nombramiento de los candidatos, el Sr. Previsich aclaró que eran estrictamente voluntarios. Los países no estaban obligados a aplicarlos al nombrar a un candidato; sin embargo, el Grupo de Trabajo opinó que reflejaban las cualidades que deberían poseer los candidatos a Director de la Oficina. El Estado Miembro, Estado Participante o Miembro Asociado debería tener derecho a nombrar sólo un candidato y que los candidatos deberían ser ciudadanos de un país de la Región; sin embargo, un candidato no tendría que ser forzosamente ciudadano del Estado que lo nombrara.

30. En cuanto al foro de los candidatos, el Comité coincidió con el punto de vista del Grupo de Trabajo de que el foro debería ser un debate entre los representantes de los Estados Miembros y cada candidato, no un debate entre los candidatos, que podría ocasionar una división. El Comité también estuvo de acuerdo con las otras recomendaciones del Grupo de Trabajo relacionadas con el formato, la logística y el financiamiento de la participación de los candidatos en el foro.

31. El Comité respaldó la mayor parte de las recomendaciones del Grupo de Trabajo en cuanto a los candidatos internos (es decir, un Director en ejercicio que buscara la reelección y candidatos que fueran funcionarios actuales de la OPS o la OMS); sin embargo, el Comité no llegó a un consenso sobre la propuesta de que a todos los candidatos internos se les debería exigir que tomen licencia para ausentarse antes de la elección. A juicio de los delegados de Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, Panamá y Venezuela, la condición de la licencia para ausentarse no debería aplicarse a un Director en ejercicio que busque la reelección. Opinaron que una licencia para ausentarse, cuya finalidad sería dar a los candidatos internos la oportunidad de hacer campaña y dar a conocer su postura a los Estados Miembros, entre otras, no era necesaria para un Director en ejercicio, que ya sería conocido en la Región. Es más, consideraron que un Director en ejercicio debería quedarse en la oficina y seguir cumpliendo las responsabilidades y funciones para las que se lo había elegido. Esos puntos de vista también merecieron el apoyo de los observadores por Brasil y Paraguay.

32. Los delegados de Barbados y Canadá, con el respaldo de los observadores por México y Estados Unidos de América, consideraron que para velar por la transparencia y la justicia, sería indispensable que la condición de la licencia para ausentarse se aplicara a todos los candidatos internos, incluido un Director en ejercicio que buscara la reelección. Observaron que ese había sido el consenso alcanzado en el Grupo de Trabajo y lamentaron

que algunos Estados Miembros ahora estuvieran cambiado su postura sobre el asunto.<sup>1</sup> También observaron que la recomendación del Grupo de Trabajo sobre la licencia para todos los candidatos internos era compatible con las normas recién acordadas que rigen la elección para el cargo de Director General de la OMS mediante la resolución del Consejo Ejecutivo EB118.R2 (30 de mayo de 2006).

33. Los delegados de Barbados y Canadá dijeron que no serían un obstáculo a la adopción del Comité Ejecutivo del proyecto de resolución correspondiente, pero que sí deseaban que se asentara en actas su objeción a la disposición de exonerar a un Director en ejercicio de tomar licencia para ausentarse.

34. El Comité Ejecutivo acordó que los candidatos internos que tomaran licencia para ausentarse primero deberían tomar licencia anual hasta agotarla y luego deberían tener derecho a licencia con goce de sueldo.

35. Con respecto a las medidas posteriores a la elección, el Comité Ejecutivo acogió la recomendación de que los delegados de los Estados Miembros, Estados Participantes o Miembros Asociados que hubieran participado en la elección no deberían ser empleados ni contratados por la Organización durante un cierto período después de la elección; sin embargo, el Comité opinó que el período propuesto por el Grupo de Trabajo —de seis meses— era demasiado breve. Se acordó que el período se extendería a un año. El Comité también observó que debería implantarse un mecanismo de supervisión para que el Comité Ejecutivo estuviera en condiciones de vigilar los nombramientos de los funcionarios temporeros después de una elección, para cerciorarse de que no hubiera favoritismo para beneficio de las personas que pudieran haber ayudado al Director a que lo eligieran. Se convino en que a la Oficina se le exigiría que presentara un informe sobre tales nombramientos al Presidente del Comité Ejecutivo cada tres meses durante un período de un año después de la elección del Director. El Comité también consideró que debería ser informado acerca del uso de la asignación variable de los países y del Fondo del Director Regional para Actividades de Desarrollo durante un período de elección, y que la Oficina tendría que presentar un informe sobre la totalidad de las autorizaciones de financiamiento de tales fondos al Presidente del Comité Ejecutivo cada tres meses durante un período de seis meses antes y un año después de la elección del Director.

36. El Comité aceptó las propuestas del Grupo de Trabajo con respecto al artículo 55 del Reglamento Interno del Consejo Directivo y al artículo 56 del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana. El Comité también estuvo de acuerdo con la recomendación del Grupo de Trabajo de que la elección del Director se efectuara por votación secreta, de conformidad con la Constitución de la OPS y el Reglamento Interno de la Conferencia.

---

<sup>1</sup> El delegado de Antigua y Barbuda se había pronunciado a favor de la licencia para que los candidatos se ausenten en el debate anterior, pero no pudo asistir a la sesión en que se consideró la resolución final.

37. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE138.R20 sobre el proceso para la elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, habiendo tomado nota de las reservas de Barbados y Canadá con respecto al párrafo operativo 4.5.

*Mejoramiento del Reglamento Interno del Consejo Directivo*

38. El Comité Ejecutivo respaldó las modificaciones del Reglamento Interno del Consejo Directivo propuestas por el Grupo de Trabajo. Con respecto a la extensión de los documentos presentados a los Cuerpos Directivos, el Comité no coincidía en que fuera correcto fijar un límite de páginas, pero señaló que los documentos de trabajo deberían ser concisos y que, si la Oficina consideraba que había que agregar información, debería adjuntarla como anexo al documento de trabajo.

39. El Comité aprobó la resolución CE138.R22, por la cual recomienda que el Consejo Directivo apruebe las modificaciones de su Reglamento Interno propuestas.

40. Sobre el tema de la descripción de puesto de los cargos de Director Adjunto y Subdirector, la Directora explicó que los puestos no clasificados no tenían una descripción, pues las funciones relacionadas con esos cargos solían cambiar cuando se modificaban los artículos y reglamentos que rigen a la Organización o su estructura. Propuso que, en lugar de descripciones de puestos formales, la Oficina preparara una lista de las funciones y requisitos deseados para esos puestos. El Comité Ejecutivo estuvo de acuerdo con esa propuesta.

***Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2006 (documentos CE138/7 y CE138/7, Add. I)***

41. El Sr. Carlos Valerio Monge (Costa Rica) informó de que el Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2006, integrado por los delegados de Antigua y Barbuda, Chile y Costa Rica, se había reunido el 23 de junio de 2006. Después de examinar cuidadosamente la documentación sobre las candidaturas propuestas por los Estados Miembros, el Comité había decidido otorgar el Premio OPS de Administración, 2006, al Dr. Adolfo Horacio Chorny, de Brasil, por sus aportes al desarrollo y la innovación en las áreas de planificación, gestión y financiamiento de los sistemas y servicios de salud en los planos nacional e internacional, especialmente por su contribución al fortalecimiento del liderazgo de varias generaciones de directivos en el ámbito de la salud pública y las políticas sanitarias.

42. También señaló que el Jurado había observado que la versión actual de los criterios para la selección de candidatos debía adaptarse a las nuevas condiciones que influyen en el campo de la salud, así como a la terminología actualmente utilizada. El objetivo del Premio debería ser reconocer la excelencia en la administración de los sistemas y servicios de salud en los ámbitos nacional, regional e internacional. Si bien los aportes a los campos

académico y de investigación eran pertinentes, su importancia era secundaria. El Jurado, por consiguiente, recomendó que el Comité Ejecutivo solicitara a la Oficina que prepare una nueva versión de las normas y procedimientos para evaluar los méritos de los candidatos, mencionando de manera explícita que debería haber una sola candidatura por Estado Miembro.

43. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE138.R23, que respalda la decisión del Jurado.

***Informe del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales (documentos CE138/8 y CE138/8, Add. I)***

44. La Sra. Antoinette Williams (Barbados) informó de que el Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales (ONG), integrado por los delegados de Barbados, Costa Rica y Panamá, no había recibido ninguna solicitud de la Directora en conformidad con los principios que rigen las relaciones entre la Organización Panamericana de la Salud y las organizaciones no gubernamentales para la admisión de una ONG que mantenga relaciones oficiales con la OPS.

45. Sin embargo, el Comité Permanente había examinado la documentación de dos ONG cuya calidad de organizaciones que mantienen relaciones oficiales con la OPS se debía examinar por haberse cumplido el plazo señalado: la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica (COLABIOCLI) y la Alianza Nacional para la Salud de los Hispanos.

46. Después de una intervención breve a cargo de las ONG respectivas y las observaciones de la Oficina, y considerando la información escrita suministrada sobre las actividades en colaboración entre cada ONG y la OPS, el Comité Permanente había decidido recomendar al Comité Ejecutivo que autorizara la continuación de las relaciones oficiales con la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica y la Alianza Nacional para la Salud de los Hispanos durante un período de cuatro años.

47. El Comité refrendó las recomendaciones del Comité Permanente, y aprobó la resolución CE138.R16.

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

***Método para formular el Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana 2008-2012 y una Propuesta de Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 (documentos CE138/9 y CE138/INF/5)***

48. El Presidente dijo que este tema se consideraría en dos partes. El Comité primero trataría la Propuesta de Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, que constituiría la

base para el Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana 2008-2012. El Comité luego examinaría el método propuesto para formular el Plan Estratégico.

*Propuesta de Agenda de Salud para las Américas 2008-2017*

49. El Dr. Roberto Dullak Peña (representante del Subcomité de Planificación y Programación) informó de que, como seguimiento a los debates sobre la Agenda de Salud para las Américas, durante la 40.<sup>a</sup> sesión del Subcomité de Planificación y Programación, el Presidente del Comité Ejecutivo había convocado una reunión especial de sus Miembros, así como de los Miembros del Subcomité que no formaban parte del Comité Ejecutivo. Esos Estados Miembros se habían reunido el domingo, 18 de junio de 2006, en la sede de la OPS. El informe completo sobre los resultados de esa reunión (Informe del Grupo Consultivo Especial sobre la Agenda de Salud para las Américas, documento CE138/INF/5) se había distribuido al Comité Ejecutivo y se colocaría en el sitio web de la Organización.

50. El Grupo Consultivo Especial había hecho las siguientes recomendaciones, que pedía al Comité Ejecutivo que refrendara:

- Recomendación 1: Había que crear de inmediato un grupo de trabajo que elaborara la primera versión de la Agenda de Salud. Los siete Estados Miembros propusieron que los miembros del Grupo de Trabajo fueran: Antigua y Barbuda, Argentina, Canadá, Chile, Cuba, Panamá (como Presidente del Grupo de Trabajo) y Estados Unidos de América. Los pormenores de las atribuciones y el plan de trabajo para el Grupo de Trabajo constaban en el anexo 3 al documento CE138/INF/5.
- Recomendación 2: En determinadas etapas importantes de la elaboración de la Agenda de Salud, el Grupo de Trabajo debería consultar con un grupo de consulta integrado por los miembros del Subcomité de Planificación y Programación y del Comité Ejecutivo, más cinco organizaciones externas que trabajen en el campo de la salud, que seleccionaría oportunamente el Grupo de Trabajo.
- Recomendación 3: El producto inicial del Grupo de Trabajo, un proyecto de Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, debería someterse a la consideración de la 139.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo, en septiembre de 2006.
- Recomendación 4: Habría que solicitar a la Oficina que prestara al Grupo de Trabajo el apoyo absoluto necesario para que pudiera cumplir su cometido de una manera oportuna y completa.
- Recomendación 5: Esta información, incluido el Informe del Grupo Consultivo Especial, debería presentarse al 47.<sup>o</sup> Consejo Directivo, en septiembre de 2006, a

título informativo, junto con otros documentos pertinentes sobre la Agenda de Salud para las Américas.

51. En el debate que siguió, se señaló que el método de planificación y programación propuesto en el documento CE138/9 se ajustaba a los principios de la gestión orientada a la consecución de resultados, y que la formulación de la Agenda de Salud para las Américas y del Plan Estratégico sería un paso importante en el proceso en curso para la implantación de la gestión orientada a la consecución de resultados en la Organización.

52. El Comité Ejecutivo respaldó las recomendaciones del Grupo Consultivo Especial y aprobó la resolución CE138.R19.

*Método para formular el Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana 2008-2012*

53. El Dr. Dullak Peña dijo que el Subcomité de Planificación y Programación había apoyado el método para la formulación del Plan Estratégico tal como había sido presentado en marzo de 2006 (en el documento SPP40/3). Observó que, como se había explicado al Subcomité de Planificación y Programación, el Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana definiría la reacción de esta a las metas definidas por los Estados Miembros en la Agenda de Salud para las Américas.

54. Como aclaración adicional a la información contenida en el documento CE138/9, ofreció la siguiente información:

- El Plan Estratégico plantearía, específica y exclusivamente, el trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana.
- Estaba previsto que la formulación del Plan Estratégico comenzara sólo después de terminado el primer proyecto de la Agenda de Salud (en agosto de 2006). El Plan Estratégico abarcaría el quinquenio de 2008 a 2012, que era la mitad del período que abarcaría la Agenda de Salud.
- El Plan Estratégico se sometería a la consideración del Subcomité de Planificación y Presupuesto (o su sustituto, el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) a principios del 2007. Luego, lo examinaría el Comité Ejecutivo en junio y se presentaría a la aprobación final de la Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre de 2007.
- La Oficina presentaría un método revisado para la formulación del Plan Estratégico al 47.º Consejo Directivo, en septiembre de 2006, incluidos los mecanismos para lograr la participación amplia de los Estados Miembros y las consultas con ellos.

55. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE138.R21, en la que se recomienda que el Consejo Directivo apruebe el método para la formulación del Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana 2008-2012.

***Evaluación de la ejecución del Presupuesto por Programas Bienal de la Organización Panamericana de la Salud, 2004-2005 (documento CE138/10 y Corrig.)***

56. El Dr. Daniel Gutiérrez (Gerente de Área, Planificación, Presupuesto por Programas y Apoyo a Proyectos, OPS) presentó el documento CE138/10, observando que era la primera vez que se presentaba una evaluación de este tipo a los Cuerpos Directivos como documento de trabajo. En el documento se informaba del grado en que se habían logrado los objetivos planteados en el Presupuesto por Programas de la OPS/OMS 2004-2005. Como tal, representaba la última parte del compromiso de la Oficina con los Estados Miembros para el bienio 2004-2005: un informe sobre los logros posterior a la ejecución. El informe incluía un análisis general y un análisis por área de trabajo.

57. Resumiendo los resultados presentados en el informe, dijo que 66,8% de los 554 indicadores definidos en el Presupuesto por Programas 2004-2005 se habían alcanzado plenamente; 28,2%, parcialmente, y 5,1%, no se habían alcanzado en absoluto. En cuanto a la distribución de los 210 resultados previstos por el nivel al que se alcanza cada indicador, 118 se habían alcanzado entre 75y 100%, 55 se habían logrado entre 50 y 74%, y 37, en menor grado. Con respecto a la comparación de los gastos efectuados con las asignaciones presupuestarias aprobadas para el presupuesto ordinario, los montos fueron similares. Sin embargo, en el caso de los fondos extrapresupuestarios, los gastos habían excedido sustancialmente las asignaciones presupuestadas. La razón era que el presupuesto 2004-2005 había reflejado sólo los fondos extrapresupuestarios asegurados. Sin embargo, la Organización en realidad había recibido \$134 millones<sup>2</sup> en contribuciones voluntarias, por comparación con la cifra presupuestada de \$57 millones. Por lo tanto, aunque el presupuesto aprobado había sido aproximadamente de \$317 millones, los gastos habían totalizado cerca de \$382,5 millones.

58. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el informe. Los miembros opinaron que proporcionaba un panorama razonablemente bueno de los resultados previstos, los logros y las enseñanzas extraídas del Presupuesto por Programas Bienal, 2004-2005. Se reconoció que el informe representaba un intento de aplicar la presupuestación y la gestión orientadas a la consecución de resultados, y se aplaudió el esfuerzo para vincular las asignaciones ordinarias y extrapresupuestarias con los objetivos establecidos por área de trabajo. Los delegados observaron que el informe ponía de relieve la necesidad de enunciar claramente los resultados previstos y los indicadores desde el principio, ya que era difícil medir el nivel de consecución de resultados que se describieran de una forma excesivamente generalizada o abstracta. Como había señalado el Subcomité de

---

<sup>2</sup> A menos que se indique otra cosa, todas las cifras monetarias que figuran en el presente informe están expresadas en dólares de los Estados Unidos.

Planificación y Programación en su 40.<sup>a</sup> sesión, en marzo de 2006, el establecimiento de resultados previstos definidos también era un primer paso indispensable para la gestión orientada a la consecución de resultados satisfactoria.

59. Los delegados opinaron que las enseñanzas extraídas que figuraban en el informe eran particularmente útiles y que les complacía observar que esas enseñanzas se estaban aplicando en el bienio actual 2006-2007. Se sugirió que también sería útil, para fines de la programación futura, incorporar un análisis de los obstáculos que habían impedido alcanzar los resultados previstos en algunas áreas. Se instó a la Oficina a que pidiera la participación de los países en las evaluaciones de desempeño del fin de bienio futuras, ya que sus perspectivas podrían ayudar a enriquecer el análisis de los resultados, especialmente desde el punto de vista cualitativo.

60. El Observador por los Estados Unidos de América dijo que su delegación presentaría por escrito ciertos comentarios sobre el informe.

61. El Dr. Gutiérrez agradeció a los delegados sus observaciones y sugerencias sobre el informe, que la Oficina sin duda tendría presentes al revisar el documento para el Consejo Directivo. En particular, la Oficina se empeñaría en incorporar una lista de los factores y obstáculos que habían dificultado el alcance de los objetivos en algunas áreas.

62. La Directora deseaba recordar al Comité que había cambiado la manera en la cual se habían presentado las contribuciones voluntarias y los fondos extrapresupuestarios en el presupuesto en 2006-2007. Mientras que en los presupuestos anteriores se habían asentado sólo los recursos garantizados, el presupuesto corriente incluía todas las cantidades necesarias para una actividad particular, incluida cualquier porción no financiada. Ese cambio en el método había facilitado la movilización de las contribuciones voluntarias. También haría más fácil para la Oficina mostrar, a fines del bienio, la medida en la que no se habían alcanzado los resultados previstos por no movilizarse los recursos necesarios.

63. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe, pero no consideró necesario adoptar una resolución sobre este tema.

***Estrategia regional para mantener los programas nacionales de vacunación en las Américas (documento CE138/11)***

64. La Dra. Gina Tambini (Gerente de Área, Salud Familiar y Comunitaria, OPS) presentó el documento CE138/11, destacando los logros pasados en materia de vacunación y del control y la eliminación de las enfermedades prevenibles mediante vacunación en la Región; el marco para la cooperación técnica de la OPS con los Estados Miembros en materia de vacunación; los desafíos técnicos y programáticos actuales, y la visión estratégica para el trabajo futuro en este campo. La visión estratégica abarcaba cinco componentes: la eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita; el logro de una cobertura mínima de 95% para todas las vacunas corrientes en todos los distritos; la



introducción de las vacunas nuevas, como las vacunas antirrotavírica, antineumocócica y las vacunas contra la gripe estacional y el virus del papiloma humano; la transición de la vacunación de los niños a la de la familia; y la ampliación de la participación de los países en el Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización para la Compra de Vacunas a fin de lograr más equidad y garantizar la sostenibilidad del Fondo. Subrayó que las actividades de la OPS se enmarcaban en los Objetivos de Desarrollo del Milenio de reducir la mortalidad en la niñez y en las pautas de la Visión y Estrategia Mundial de Inmunización de la OMS.

65. La Dra. Tambini concluyó sus comentarios con una descripción de la iniciativa quinquenal Pro-Vac actualmente en marcha, cuyo objetivo era fortalecer la capacidad nacional de toma de decisiones basadas en pruebas científicas sobre vacunación. La iniciativa tenía tres componentes: los instrumentos para el análisis económico de los costos y los beneficios de introducir las vacunas nuevas, los talleres regionales para analizar la información económica disponible y formular las recomendaciones para las decisiones normativas, y el apoyo constante a los países mediante la educación a distancia utilizando diversas tecnologías.

66. Se pidió al Comité Ejecutivo que respaldara los cinco componentes de la visión estratégica.

67. El Comité aplaudió los éxitos del pasado e hizo hincapié en la necesidad de lograr y mantener la cobertura de vacunación alta en la Región para proteger esos éxitos —en particular, la erradicación de la poliomielitis y la eliminación del sarampión en la Región— y lograr otros, como la eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. Se instó a la OPS a que siguiera asignándole a su programa de vacunación la prioridad y visibilidad que merecía. También se instó a la Organización a que tomara las medidas necesarias para velar por la viabilidad a largo plazo del Fondo Rotatorio, que se consideraba indispensable para garantizar la disponibilidad de vacunas de gran calidad asequibles a todos los países.

68. Se consideró esencial que los Estados Miembros, especialmente los países más grandes de la Región, continuaran apoyando el Fondo Rotatorio para que los países más pobres logren tener acceso a las vacunas. En ese sentido, se juzgó útil que la Oficina suministrara más información sobre el uso del Fondo Rotatorio y los desafíos para mantenerlo, lo que ayudaría a los Estados Miembros a comprender mejor los temas de interés. Tal información también ayudaría a los países que no participaban actualmente en el Fondo a evaluar las ventajas relativas de hacerlo. También se sugirió que la OPS debería divulgar más ampliamente la información sobre el financiamiento de las necesidades señaladas por el Grupo Consultivo Técnico sobre Enfermedades Prevenibles Mediante Vacunación para que otros Estados Miembros pudieran determinar la mejor manera de brindar asistencia.

69. El Comité también realzó la necesidad de mantener el compromiso político de alto nivel, actualizar las leyes sobre la vacunación y conservar el financiamiento suficiente y sostenible para los programas de vacunación a escala nacional. Los delegados describieron las iniciativas recientes de sus países para fortalecer y ampliar sus programas nacionales de vacunación y ampliar la cobertura de vacunación. Varios mencionaron la participación de sus países en la Semana de Vacunación en las Américas, y expresaron su apoyo decidido. Se destacó la importancia de las alianzas entre los programas nacionales de vacunación y las organizaciones internacionales, nacionales y locales. También se insistió en la necesidad de mantener y fortalecer la vigilancia epidemiológica, a fin de asegurar la detección inmediata y la investigación de los brotes de enfermedades prevenibles mediante vacunación.

70. El Comité respaldó la transición a la vacunación de la familia y reiteró su apoyo a la meta de la eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita para 2010. Se sugirió que la Oficina le presentara un informe al Comité Ejecutivo en el 2007 sobre el progreso hacia esa meta, incluida la información sobre cualquier déficit de recursos. Al Comité también le complacieron los esfuerzos de la OPS para ayudar a los países a integrar los estudios económicos al proceso decisorio para la introducción de vacunas nuevas, como la vacuna contra el virus del papiloma humano, y varios delegados indicaron que ya habían participado en los talleres patrocinados por la OPS para esa finalidad.

71. El Delegado de Antigua y Barbuda y el Delegado de Barbados, señalando que la subregión del Caribe patrocinaría la Copa Mundial de Críquet en 2007, pidió apoyo de la OPS para proteger a los países del Caribe de la reintroducción de la poliomielitis y otras enfermedades como resultado de la gran afluencia de visitantes de las regiones donde esas enfermedades siguen siendo un problema. Se propuso que un representante de la OPS podría ser miembro del comité que integrarían los ministros de salud del Caribe para supervisar la salud y la gestión de desastres en relación con el torneo de críquet.

72. Como parte de la revisión del documento CE138/11 para el Consejo Directivo, se solicitó a la Oficina que incorporara información sobre los recursos humanos y financieros asignados a las actividades de vacunación en el presupuesto por programas de la OPS/OMS actual, junto con la información sobre la cobertura de vacunación de las poblaciones indígenas y los desafíos que planteaba ampliar dicha cobertura.

73. La Dra. Tambini dijo que los éxitos de los 25 años anteriores habían sido el resultado del fortalecimiento de los programas nacionales de vacunación, con el apoyo del programa regional y diversos socios, y que habían demostrado la eficacia de ese modelo de cooperación técnica. En el debate del Comité se había hecho hincapié en las enseñanzas importantes extraídas del programa regional de vacunación. Una era la importancia de la participación social y la creación de una mentalidad favorable a la vacunación, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. La segunda era la importancia de las leyes de vacunación. Lograr que se promulgaran tales leyes en los países de la Región

había significado colaborar con los comités de salud del congreso, que les habían dado más visibilidad a los programas de vacunación y habían ayudado a cosechar el apoyo para aumentar el gasto en la salud pública en general. La tercera enseñanza era la necesidad de contar con el compromiso político firme, traducido en inversión nacional en actividades de vacunación. El uso de datos económicos fiables en el diálogo con los ministros de finanzas había facilitado la exposición de argumentos a favor del aumento de la inversión en la vacunación. Todas esas enseñanzas podrían aplicarse de manera provechosa en otras esferas de la salud pública.

74. El Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación, mencionado por el Comité, era otro éxito del programa regional de vacunación. Durante los 25 últimos años, el Grupo Técnico Asesor había apoyado el programa mediante la evaluación del establecimiento de los programas nacionales de vacunación; la determinación de oportunidades, retos y necesidades; y la formulación de recomendaciones. Deseaba agradecer a los Estados Miembros, cuyos expertos nacionales en vacunación habían integrado el Grupo Técnico Asesor. Los comités de coordinación interinstitucional que funcionaban en los niveles nacional y regional habían sido otra fuente importante de apoyo al programa. Permitieron encontrar los cuellos de botella y los déficits de recursos y coordinar los esfuerzos de los diversos socios para solucionarlos. En el caso de Guatemala, que también había mencionado el Comité, el comité coordinador interinstitucional del país se había reunido recientemente y encontrado una falta de recursos de \$2 millones que impediría que Guatemala llevara a cabo su campaña de vacunación antirrubéolica. Por ende, se había hecho un llamamiento a la comunidad internacional para movilizar los \$2 millones, con los cuales sería posible interrumpir la circulación del virus de la rubéola a todo lo largo de Centroamérica.

75. En cuanto a la Copa Mundial de Críquet, aseguró al Comité que la OPS trabajaría por medio de sus oficinas subregionales para que la cobertura de vacunación fuera muy alta en el Caribe, especialmente de la vacuna antisarampionosa, dado que habían aparecido brotes recientemente en Europa. La Organización también colaboraría con los países del Caribe para elaborar una estrategia específica para abordar las posibles amenazas planteadas por la presencia de visitantes de otras regiones. La Dra. afirmó que la Semana de Vacunación en las Américas brindaría una gran oportunidad para promover la cobertura de vacunación en preparación para la Copa de Críquet.

76. Había tomado nota de las solicitudes del Comité con respecto al documento y se cercioraría de que la versión revisada comprendiera información sobre los recursos dedicados a las actividades de vacunación y la cobertura de vacunación de las poblaciones indígenas. Se habían fijado algunas metas muy concretas para la vacunación de los grupos indígenas en Centroamérica y la zona andina para la Semana de Vacunación en las Américas en 2002, y la Oficina incluiría información sobre los resultados obtenidos en el documento que se prepararía para el Consejo Directivo.

77. El Sr. John Fitzsimmons (Oficial Técnico, Salud Familiar y Comunitaria, OPS) respondiendo a las observaciones sobre el Fondo Rotatorio, dijo que para fortalecer el Fondo y lograr su sostenibilidad, la Oficina estaba siguiendo tres líneas estratégicas de trabajo. Primero, estaba buscando maneras de hacer más eficaz la cadena de producción y lograr una reducción adicional de costos para los países que usaban el Fondo. Segundo, estaba forjando alianzas estratégicas con países que actualmente no estaban adquiriendo las vacunas mediante el Fondo Rotatorio para movilizar suministros adicionales de vacunas, en particular la vacuna contra la gripe estacional. Tercero, la Oficina estaba explorando opciones para aumentar la capitalización del Fondo, que estaba muy por debajo del nivel actual de gastos y era insuficiente para cubrir las compras incluso de las vacunas actualmente en uso. La introducción de vacunas nuevas costosas acentuaría aún más el problema.

78. La Directora observó que el Fondo Rotatorio había servido de mecanismo importante para el diálogo con la industria farmacéutica. La relación había sido de beneficio mutuo para las empresas registradas como proveedoras del Fondo, a las que se les habían asegurado pedidos regulares de volúmenes grandes de vacunas, y para los Estados Miembros, que habían podido adquirir las vacunas a precios favorables. Sin embargo, según la aseveración del Sr. Fitzsimmons, con el volumen de transacciones actual, el Fondo necesitaba aumentar su capitalización. En su opinión, el momento había llegado para considerar la posibilidad de solicitar una infusión única de capital mediante contribuciones voluntarias para capitalizar más al Fondo en preparación para la introducción de las vacunas nuevas, y que los países más pequeños y más pobres de la Región pudieran continuar adquiriendo las vacunas sin estar obligados a pagar por adelantado.

79. Opinó que uno de los logros principales del programa de vacunación, además de la prevención y eliminación de las enfermedades, era la reducción del tiempo que se necesitaba para introducir las vacunas nuevas. Casi todos los niños en las Américas ahora tenían acceso a las vacunas nuevas entre tres y cuatro años después de su aprobación. Ese hecho era causa de mucho orgullo. No obstante, al mismo tiempo que la Región contemplaba la introducción de las vacunas nuevas que protegían a los niños contra agentes infecciosos como el rotavirus y el neumococo, había algunos niños que todavía no estaban totalmente vacunados contra las enfermedades prevalentes de la infancia, como lo demuestra el hecho de que los casos de difteria sigan apareciendo todavía en países con programas de vacunación bien desarrollados. Por consiguiente, era indispensable atacar la agenda inconclusa en materia de vacunación.

80. Con respecto a la Copa Mundial de Críquet, dijo que la OPS tenía un representante en la dirección médica del torneo. Además, por medio de la Oficina de Coordinación del Caribe, el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y el Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre en la Sede, la Organización también estaba ayudando a los países del Caribe a prepararse para la Copa Mundial, en

particular con respecto a la vigilancia epidemiológica, la detección de riesgos y los planes de respuesta en casos de emergencia, no solo con relación a las enfermedades prevenibles por vacunación, sino también la gripe aviar y la inocuidad de los alimentos. Los equipos de la OPS estaban también ayudando a los gobiernos a planear los preparativos para casos de desastre y el manejo de las emergencias masivas o las catástrofes que pudiera haber en los estadios o en los puertos o aeropuertos y estaban trabajando para velar por la disponibilidad de los servicios terciarios de emergencia, de ser necesarios.

81. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE138.R4 sobre este tema.

***La salud del recién nacido en el contexto de la atención de la salud de la madre, el recién nacido y el niño para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas (documento CE138/12)***

82. El Dr. Yehuda Benguigui (Jefe de Unidad, Salud del Niño y del Adolescente, OPS) hizo la introducción del documento CE138/12 con el objeto de llamar la atención al problema descuidado de la mortalidad neonatal y a la necesidad urgente de resolverlo. Señaló que, aunque se había avanzado mucho en la reducción de la mortalidad de los lactantes y los menores de 5 años, las tasas de mortalidad neonatal habían permanecido prácticamente inalteradas desde 1995.

83. La OPS creía que era esencial adoptar medidas en varias actividades prioritarias para reducir las defunciones de los recién nacidos y conseguir las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionadas con la mortalidad en la niñez. Primero, y ante todo, era fundamental aumentar la visibilidad del problema. Hacerlo significaría conceder más importancia a la salud neonatal, lo cual exigía un compromiso político firme en los niveles más altos. Era también esencial fortalecer los sistemas de salud, garantizar el acceso universal a la asistencia y proporcionar un proceso continuo de atención en el contexto de los servicios de la salud de la madre, el recién nacido y el niño, para no dejar de aprovechar oportunidades de evitar la muerte de los recién nacidos. En el documento se estipulaban otras prioridades para la acción.

84. El Comité Ejecutivo aplaudió la iniciativa de la OPS para elevar la prioridad otorgada a la salud neonatal en los programas nacionales de acción sanitaria y respaldó las medidas propuestas para abordar el problema. El Comité estuvo de acuerdo en que la mayor parte de las muertes maternas y perinatales o neonatales eran evitables y que, en consecuencia, era indispensable ofrecer protección apropiada durante el embarazo y en los primeros meses de vida mediante intervenciones de eficacia comprobada, de gran impacto y bajo costo, como los exámenes prenatales sistemáticos, la asistencia calificada durante el parto y el amamantamiento prolongado. Se instaba a los Estados Miembros a intensificar su compromiso para poner en práctica ese tipo de intervenciones de una manera flexible e innovadora, con la participación de los interesados directos principales, incluidos los donantes y las ONG, en los países. Se consideraba esencial obtener tal compromiso para

que la Región pudiera alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en particular el objetivo 4.

85. Varios delegados describieron las iniciativas de sus países para mejorar la salud de la madre, el niño y el recién nacido y para aumentar el acceso a los servicios. Se destacó el valor de compartir experiencias —en particular, entre países que habían logrado disminuir las tasas de mortalidad neonatal y los países cuyas tasas habían permanecido relativamente altas— y varios delegados dijeron que estaban dispuestos a proporcionar material didáctico y otra información para ayudar a otros países a mejorar la salud del recién nacido. Se propuso que el Centro Latinoamericano de Perinatología ayudara a coordinar tales intercambios.

86. No obstante, se insistió en que los países tenían que elaborar estrategias diferenciadas, adaptadas a sus respectivos perfiles epidemiológicos y niveles de mortalidad neonatal e infantil. También se hizo hincapié en que el componente neonatal de las directrices de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia debía adaptarse a las realidades locales.

87. El Comité estuvo de acuerdo con la atención prestada en el documento a la importancia de las estadísticas vitales y los sistemas de seguimiento apropiados. El registro de los nacimientos por sí solo podría tener un efecto considerable no sólo en el mejoramiento del seguimiento y la evaluación sino también, a más largo plazo, en otros problemas infantiles básicos como la violencia, el tráfico de personas, el secuestro y el acceso a los servicios de salud. Se sugirió que se incluyera la edad gestacional como una variable esencial para comprender la mortalidad neonatal. También se tendrían que establecer sistemas de seguimiento y evaluación para vigilar el progreso de los países en el mejoramiento de los resultados de la salud neonatal y también la eficacia de los programas de salud neonatal de la Oficina.

88. Se señaló que el análisis tradicional de la mortalidad materna e infantil estaba restringido al análisis cuantitativo de los casos. Tal enfoque de “monitoreo pasivo” se consideraba inadecuado para la formulación de estrategias apropiadas para mejorar el desempeño de los servicios de salud. Varios delegados se refirieron a la importancia del monitoreo epidemiológico “activo” de la mortalidad materna e infantil, que permitiría emprender el análisis cualitativo de los fenómenos adversos en tiempo real y de ese modo detectar y establecer un orden de prelación de los problemas relacionados con la atención, a fin de mejorar la calidad de la atención al conocer los factores determinantes.

89. También se señaló que la morbilidad y la mortalidad relacionadas con la reproducción constituían un indicador del estado de salud de la población, la operación de los sistemas de salud, la posición social de la mujer y el grado de equidad en la sociedad de cada país, así como el nivel de desigualdad entre países. Por lo tanto la reducción de la mortalidad relacionada con el proceso reproductivo podría considerarse una expresión del compromiso de una sociedad con la protección de la vida humana desde sus comienzos

mismos. Como la morbilidad y la mortalidad relacionadas con la reproducción tendrían a encontrarse en los sectores más desfavorecidos de la sociedad, como la población rural, las poblaciones indígenas o los pobres, las actividades para mejorar la salud materna y neonatal deberían ir acompañadas de esfuerzos para reducir la pobreza y la inequidad.

90. Se hicieron varias recomendaciones concretas con respecto al documento CE138/12. Se sugirió que podría ser útil incorporar un resumen de los datos sobre las tasas de mortalidad de los recién nacidos en América Latina y el Caribe, y una estimación de los costos probables de contar con un proceso asistencial continuo eficaz. Con respecto a la atención, un delegado opinó que en el documento se debería reconocer el carácter ambicioso del concepto del acceso universal, pues había escasos datos para respaldar la idea de que se podría lograr una atención verdaderamente universal. Además, se expresó la opinión de que el documento se podría fortalecer haciendo una descripción más detallada de los programas de la Oficina relacionados con la salud neonatal. Algunos delegados consideraban que el documento debería incorporar una perspectiva de género más firme, en particular puesto que la discriminación por motivo de género podría estar contribuyendo a las tasas más altas de mortalidad neonatal entre las niñas. Se señaló que en algunas sociedades las niñas eran de menos valía, lo que podría aumentar el riesgo del infanticidio femenino y las probabilidades de que las lactantes recibieran menos atención. También se sugirió que la violencia familiar debería ser un factor de riesgo primordial que podría afectar los resultados neonatales. Un delegado, observando que su país recibía un gran número de inmigrantes de los países vecinos, incluidas las mujeres que cruzaban la frontera para dar a luz o buscar atención de salud para sus bebés, señaló que el documento debería mencionar la necesidad de tener políticas para resolver el problema de la salud de las mujeres migrantes y sus hijos.

91. Los delegados señalaron que el documento seguía teniendo el enfoque tradicional de la atención de salud maternoinfantil, que tendía a conceder más prioridad a la salud y el bienestar del niño que a la salud sexual y reproductiva y a los derechos de la madre. Varios delegados opinaron que tanto el documento como el proyecto de resolución sobre este tema deberían incorporar la última dimensión. Sin embargo, a juicio de un delegado, puesto que el documento CE138/12 tenía por objeto tratar concretamente la salud neonatal, y como el tema de la mortalidad materna se había tratado en los Cuerpos Directivos de la OPS en 2002, no había ninguna necesidad de que el proyecto de resolución abordara temas como la salud sexual y reproductiva o los derechos sexuales y reproductivos.

92. El Dr. Benguigui observó que en los últimos años los Cuerpos Directivos de la Organización habían adoptado una serie de resoluciones en relación con la salud reproductiva, la mortalidad materna y la salud del niño. Sin embargo, no había habido ninguna resolución que tratara concretamente la salud neonatal. La intención de la Oficina, por consiguiente, había sido presentar un documento informativo que creara conciencia sobre la urgencia de solucionar la mortalidad neonatal alta en la Región. En una etapa posterior, se podría preparar una estrategia en consulta con los Estados Miembros, que

estableciera determinadas intervenciones y estimaciones de costos. Obviamente, como había señalado el Comité, tal estrategia tendría que contemplar varias alternativas, según el perfil epidemiológico y las necesidades de los países.

93. Había dos factores principales que explicaban la mortalidad neonatal alta. El primero era la escasa relevancia de la salud neonatal en todos los niveles del sistema de salud. El segundo factor eran las desigualdades en el acceso a la atención capacitada, en particular de la atención primaria de salud. En la Región de las Américas, aproximadamente 30% de la población no tenía ningún acceso a los servicios de salud y por ende había que buscar mecanismos alternativos, como la atención comunitaria, para subsanar la deficiencia persistente en la disponibilidad de la atención de salud materna y neonatal.

94. Uniéndose a los delegados que habían hablado de la imposibilidad de separar la salud materna de la salud neonatal, agregó que esa era precisamente la razón por la cual el documento abogaba por un proceso continuo de atención. La idea era poner de relieve el hecho de que las madres, los recién nacidos y los niños pequeños eran inseparables en las políticas sanitarias.

95. Agradeció a los delegados sus sugerencias sobre el documento y se comprometió a incorporarlas en la versión revisada. También agradeció a los países que habían expresado su disposición a compartir su experiencia con otros.

96. La Directora afirmó que el tema de la salud neonatal tenía que verse en el contexto de al menos dos situaciones diferentes. Por una parte, el problema fundamental era el acceso a la asistencia. Se estaban concretando diversas iniciativas en la Región para brindar protección y atención a las madres y los recién nacidos, como los sistemas de seguro para los grupos más pobres de la población, y otros programas destinados a reducir las barreras al acceso, en particular las barreras financieras. Diferentes países y subregiones dentro de la Región habían adoptado diversos enfoques, pero la meta común era facilitar el acceso a la asistencia durante el embarazo, el parto y el puerperio y la etapa neonatal. Por otra parte, el tema principal era la calidad de la atención. Aun en países donde no había ningún problema de acceso a la asistencia, la calidad de la atención podría ser variable. Naturalmente, esas dos situaciones diferentes requerirían diferentes enfoques.

97. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE138.R10, por la cual recomienda que el 47.º Consejo Directivo le solicite a la Directora que prepare una estrategia y un plan de acción regional integrado de salud neonatal.

***Salud de los pueblos indígenas de las Américas (documento CE138/13, rev. 1 y documento CE138/13, Corrig.)***

98. El Dr. Hernán Montenegro (Jefe de Unidad, Organización de Servicios de Salud, OPS), hizo una presentación con diapositivas como complemento del documento



CE138/13, Rev. 1. Observó que una evaluación de la Iniciativa regional sobre la Salud de los Pueblos Indígenas, lanzada en 1993, en la cual 19 países de las Américas habían participado, había mostrado que a pesar de los esfuerzos loables y algunos éxitos, había todavía poca coordinación nacional o subregional de los problemas y las iniciativas a favor de los pueblos indígenas. Las condiciones de vida y de salud de muchos de los pueblos indígenas de la Región seguían siendo extremadamente deficientes. Además, las poblaciones indígenas sufrían pobreza sistémica y desempleo alto. También experimentaban tasas altas de analfabetismo, en particular las mujeres, falta de tierra y territorio y un perfil epidemiológico con elevadas tasas de enfermedades y muerte prematura donde las causas prevenibles son predominantes.

99. Las condiciones de marginación de las poblaciones indígenas se hacía aún más evidente a la luz de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La falta de progreso y las desigualdades en el cumplimiento de dichos Objetivos se podían apreciar definitivamente cuando se comparaban los grupos indígenas con los no indígenas. Las estrategias para el logro de los ODM ni coincidían ni entraban en conflicto forzosamente con las visiones y las preferencias culturales de los pueblos indígenas. Es más, había habido una falta de participación indígena en la formulación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y los pueblos indígenas en general sabían muy poco acerca de ellos.

100. Reconociendo la necesidad urgente de encontrar maneras innovadoras y respetuosas de trabajar con representantes indígenas, la OPS había emprendido un proceso consultivo extenso con los pueblos indígenas, los gobiernos nacionales, las instituciones académicas y los profesionales de la salud pública, entre otros. Ese proceso había dado lugar a las cuatro líneas estratégicas de acción para la cooperación técnica de la OPS propuestas en el documento CE138/13, Rev.1, en el contexto de nuevos desafíos y compromisos, como aquellos contenidos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el Segundo Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas.

101. El Comité Ejecutivo acogió las cuatro líneas de acción para mejorar la salud de los indígenas. Algunos delegados describieron lo que sus gobiernos estaban haciendo para mejorar la situación de sus pueblos indígenas y la forma como esos esfuerzos se relacionaban con las líneas de acción. Se estaban realizando esfuerzos de diferentes maneras en los diversos países para incorporar el enfoque intercultural a la salud, proporcionar capacitación en interculturalidad al personal de salud, y reducir la exclusión de los pueblos indígenas.

102. Aunque reafirmaron que la responsabilidad primaria de la salud de los pueblos indígenas recaía en los gobiernos de sus países respectivos, los Miembros sugirieron que la OPS podría desempeñar un papel importante al promover la cooperación entre países, facilitar el intercambio de información y documentación sobre la prestación de servicios de salud en un contexto intercultural; impartir capacitación al personal de salud para trabajar en los ambientes interculturales; fomentar la integración de un enfoque intercultural en los

programas de salud; y proveer asesoramiento con respecto a la condición jurídica de la medicina indígena.

103. Se sugirió que la OPS organizara una conferencia o un foro con los Estados Miembros de la Región, sin excepción, para intercambiar experiencias y conocimientos sobre las publicaciones acerca de la salud de sus pueblos indígenas. La OPS también podría ayudar a los Estados Miembros a recoger los datos necesarios para formular políticas basadas en pruebas científicas destinadas a mejorar la salud de los indígenas. Se señaló que, en la mayor parte de los países, la recogida de datos sobre raza y etnia, especialmente de los indígenas, era un desafío formidable; sin embargo, sin una base fiable de datos probatorios, sería difícil lograr líneas coherentes de acción.

104. También se sugirió que la segunda línea de acción —mejorar los conocimientos y la información— debería mencionar explícitamente la investigación en la salud de los pueblos indígenas y la generación de estadísticas sanitarias. Además, la tercera línea de acción —integrar un criterio intercultural en los sistemas nacionales de salud de la Región— debería referirse a la elaboración y evaluación de modelos de atención que tengan en cuenta la diversidad cultural de los países.

105. El Comité lamentó que no hubiera ninguna referencia en el documento al género como un factor pertinente para el análisis de la salud de los indígenas, particularmente ya que las mujeres indígenas, por su condición de subordinación doble, estaban mucho más marginadas que el resto de la población indígena y las mujeres no indígenas. Los delegados también consideraban que el documento debería abordar el tema importante de la familia y la violencia por razón de género, y la necesidad de eliminar la idea de la violencia como derecho de los hombres sobre las mujeres, o de los adultos sobre los niños.

106. Varios delegados señalaron el tema del financiamiento. El documento dejaba claro que se precisaban considerables recursos adicionales, y los delegados pidieron información sobre cómo la Oficina se proponía allegárselos. Se propuso la idea de que algunas de las líneas de acción transversales sacaran recursos de los presupuestos de áreas paralelas de trabajo.

107. El Delegado de Cuba dijo que una primera medida esencial al colaborar con los pueblos indígenas era ganarse su confianza, cosa que actualmente no se hacía en gran parte. La OPS podría actuar como intermediaria, ayudando a forjar alianzas con los líderes y pueblos indígenas. Luego sería posible dar a los pueblos indígenas a escoger entre la medicina tradicional y la medicina moderna, ofreciéndoles las ventajas de ambas. Al mismo tiempo, podría ser provechoso ofrecer los beneficios de la medicina tradicional a la población no indígena.

108. El delegado de Costa Rica indicó que sería muy difícil ganarse la confianza de los pueblos indígenas. Aunque los indígenas solían tener ideas y actitudes que eran perjudiciales a su propia salud, tratar de cambiar esas actitudes, arraigadas profundamente

en el pasado, de hecho podría ser una infracción de su derecho a la autodeterminación, consagrado en la Convención 169 de la Organización Internacional del Trabajo. Una dificultad similar existía, aunque en menor grado, con respecto a las recomendaciones de la UNESCO sobre la protección del material genético. Era importante tener presente que estos instrumentos concedían a los pueblos indígenas ciertos derechos y protecciones.

109. El observador por los Estados Unidos de América puso en tela de juicio que la ventaja comparativa de la Oficina en la elaboración de una estrategia basada en pruebas científicas para solucionar los problemas de la salud de los pueblos indígenas se aplicara a cuestiones relacionadas con los derechos humanos, que se mencionaban varias veces en las líneas de acción. Sentía que hacer hincapié en tales temas distraía la atención de las soluciones prácticas a los problemas de salud reales. También sugirió que sería útil agregar al documento una lista de definiciones o un glosario.

110. El Dr. Montenegro agradeció a los delegados sus opiniones y sugerencias, así como su entusiasmo y compromiso con el tema de la salud de los indígenas. Dijo que las diversas sugerencias hechas, como las relativas al género, la violencia y la inclusión de un glosario, se incorporarían en la próxima versión del documento.

111. Coincidió con la idea de un foro o cónclave, señalando que la OPS podría tomar la iniciativa y organizarlo, pero otras organizaciones también desearían participar, ya que la salud de los pueblos indígenas era un tema de interés amplio en la Región. También recibió con beneplácito los informes que los delegados habían rendido sobre su progreso y expresó la esperanza de que los Estados Miembros siguieran intercambiando experiencias e información. Lograr aumentar la visibilidad de los problemas de la salud de los indígenas en el contexto de un plan regional era muy importante.

112. Estuvo de acuerdo, sin duda, en que el trabajo de mejorar la salud de los pueblos indígenas tenía que emprenderse en cooperación con esos pueblos y sus líderes. Ganarse su confianza, el respeto de su derecho a la autodeterminación y obtener su consentimiento fundamentado habían sido los principios orientadores de la concepción de las líneas de acción.

113. La Directora llamó la atención a la función central que la salud desempeñaba en varios de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Se había dicho que el meollo de la Declaración del Milenio era la situación de las personas más pobres, y en las Américas los más pobres tendían a ser los indígenas. Como consecuencia, para que la Región pudiera reunir las condiciones esenciales y cumplir con el espíritu de la Declaración del Milenio, estaba obligada a trabajar para mejorar la situación de sus pueblos indígenas. Sin embargo, no había que olvidar que en la Región también había grupos de ascendencia africana cuya situación tendía a ser sólo un poco mejor que la de los pueblos indígenas. Los dos grupos tenían los peores indicadores de salud en las Américas, que, junto con los otros factores mencionados por el Dr. Montenegro, los colocaban en una situación de exclusión acumulativa.

114. Los países del continente habían tenido una larga serie de experiencias distintas al intentar mejorar la salud de sus indígenas, y sería muy valioso reunir toda esa experiencia, intercambiar ideas sobre modelos satisfactorios de atención e intervención y examinar las enseñanzas extraídas. Sin embargo, era de suprema importancia obtener la cooperación de los propios pueblos indígenas. Aceptó la importancia que se le concedía a la necesidad de colaborar con los líderes de la comunidad, que había sido el enfoque de la OPS desde el principio.

115. Una dificultad era que la declaración del origen étnico de una persona era voluntaria, y de hecho, en varios países de la Región, las personas que tomaban el censo tenían prohibido expresamente hacer preguntas acerca del origen étnico. Como consecuencia, algunos indicadores tenían que adivinarse e incluso en varios casos el indicador de la pobreza se había usado como sustituto del indicador del grupo étnico.

116. Con respecto al financiamiento, señaló que era difícil recaudar fondos para una iniciativa de esta naturaleza. La Organización solía recaudar fondos más fácilmente para programas verticales dirigidos a un resultado muy concreto, como la lucha contra el paludismo, la tuberculosis y otras enfermedades. No obstante, algunos donantes, en particular Canadá, Alemania y España, habían proporcionado asistencia valiosa para el trabajo de la OPS en el campo de la salud de los pueblos indígenas.

117. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE138.R18, por la cual recomienda que el 47.º Consejo Directivo apruebe las líneas estratégicas de acción propuestas para la cooperación técnica de la OPS en el ámbito de la salud de los pueblos indígenas en las Américas.

***Propuesta de plan regional decenal sobre salud bucodental (Documento CE138/14)***

118. La Dra. Saskia Estupiñán (Asesora Regional de Salud Bucodental, OPS) resumió el contenido del documento CE138/14, y destacó la importancia a menudo no reconocida de la salud bucodental en la salud general y la contribución que el mejoramiento de la salud bucodental podría hacer al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Observó que, desde 1995, la Región de las Américas habían experimentado una disminución marcada en la prevalencia de la caries dental, que variaba de un país a otro entre 35% y 85%, pero la carga de la enfermedad bucodental seguía siendo alta por comparación con otras regiones, especialmente en ciertos grupos vulnerables de la población. Esta situación era una inquietud mucho más grande puesto que la inversión en los programas de salud pública dental habían estado registrando la tendencia a bajar.

119. En el documento se describían una estrategia y un plan de acción para solucionar los problemas de salud bucodental en la Región. La estrategia basada en modelos de prácticas óptimas mejorarían el acceso a los servicios de salud bucodental y podrían reducir significativamente la carga de las enfermedades bucodentales para 2015, en particular mediante el uso del tratamiento de restauración atraumático. Sin embargo, para

alcanzar ese objetivo se necesitarían alianzas estrechas con los proveedores de salud bucodental privados y públicos.

120. Al Comité Ejecutivo se le solicitó que diera a conocer sus puntos de vista sobre la Estrategia y la propuesta de Plan de Acción Regional Decenal de Salud Bucodental (2005-2015), así como el plan operativo y el presupuesto contenidos en los anexos al documento CE138/14.

121. El Comité Ejecutivo expresó el apoyo decidido a la estrategia y el plan de acción propuesto. Los delegados observaron que algunos países de la Región no le habían dado prioridad a la salud bucodental a pesar de los datos probatorios persistentes sobre la relación entre la salud bucodental y la salud general. Se señaló que se necesitaba más inversión en recursos humanos y materiales, en particular para mejorar la salud bucodental de los indígenas, los pobres y los desfavorecidos. Sin embargo, se sugirió que, ya que los servicios propuestos en el documento representaban el nivel mínimo de atención, podría haber todavía mucho camino por recorrer antes de lograr una mejora sustancial en la salud bucodental de la Región.

122. Varios delegados describieron las medidas que se habían tomado para solucionar los problemas de salud bucodental en sus países, y algunos delegados de países que habían podido mejorar la salud bucodental de su población ofrecieron compartir su experiencia con otros países interesados. Un delegado informó que en su país algunos profesionales médicos se habían opuesto a la fluoración y habían llevado el caso contra el Gobierno a los tribunales con la finalidad de detenerlo. Otro delegado, señalando que la fluoración de la sal se usaba poco en su país, excepto en algunas comunidades indígenas, sugirió que el documento podría mejorar con algunas referencias a los indígenas y cómo han usado la fluoración. También se sugirió, con relación al riesgo de la fluorosis dental, que el documento debería plantear la necesidad de recursos financieros para la desfluoración en las áreas con niveles excesivamente altos de fluoruro en el agua del suministro público.

123. El Comité agradeció el análisis en el documento de la conexión entre la salud bucodental y los resultados adversos del embarazo, pero sugirió que convendría ampliarlo más adelante con la conexión entre la salud bucodental y la salud en general, en particular con respecto a la diabetes sacarina y posiblemente también la neumonía. Un delegado preguntó sobre el grado de avance que se había logrado en el aislamiento del tipo particular de bacterias responsables de la relación entre la infección oral y los resultados adversos del embarazo.

124. Se señaló que el documento debería poner de manifiesto que el tratamiento de restauración atraumático podría ser administrado por los recursos humanos existentes en los establecimientos de atención primaria de salud, sin necesidad de dar capacitación especial al personal auxiliar. También se propuso que la referencia en el documento al fortalecimiento de la capacidad de instituciones odontológicas y médicas, organismos gubernamentales y no gubernamentales y el sector privado debería ampliarse para incluir

entidades académicas que capacitan a los profesionales de la salud bucodental, como las escuelas de odontología.

125. Por último, los Miembros solicitaron aclaración sobre el período y el presupuesto asociado para el plan regional propuesto y preguntaron por qué Guatemala y Santa Lucía no se mencionaban como “países clave y prioritarios”, ya que ambos tenían índices de dientes cariados, perdidos y obturados para niños de 12 años de más de cinco.

126. La Dra. Estupiñán agradeció a los delegados sus observaciones y el apoyo manifestado a la propuesta de plan regional. Afirmó que la mejor manera de avanzar era integrándose con los programas existentes y aprovechándolos, en lugar de dedicarse a la salud bucodental aislada. Observando que la administración del tratamiento de restauración atraumático no exigiría recursos humanos adicionales, recordó que la capacitación en la técnica duraba sólo 40 horas y se podría impartir en los establecimientos de atención primaria de salud y en las escuelas de odontología. Hizo hincapié en que la capacitación de los profesionales dentales debería prestar más atención a la prevención, insistiendo en los métodos más económicos.

127. Sin embargo, la eficacia en función de los precios no debería confundirse con lo barato. Algunos países, por ejemplo, habían optado por la fluoración del agua, en lugar de la fluoración de la sal, porque era más barata. La OPS había tratado de transmitir el mensaje de que la fluoración del agua no era precisamente el método más económico, sobre todo en los sitios donde los sistemas de agua no llegaban a los grupos que más necesitaban los beneficios de la fluoración. La fluoración de la sal era el método ideal en tales casos, ya que dondequiera que hubiera una tienda que vendiera sal, el vehículo para mejorar la salud bucodental entraría en contacto con la población. La OPS estaba preparada debidamente para prestar la cooperación técnica correspondiente.

128. Cabía prever que siempre habría grupos opuestos a la fluoración, pero que nunca habían logrado cerrar un programa de fluoración en las Américas. Las pruebas científicas de los beneficios de la fluoración sencillamente eran contundentes. Sin embargo, la OPS era consciente de los riesgos de la fluorosis dental y estaba explorando la manera de introducir la desfluoración en las zonas que tenían concentraciones naturales muy altas de fluoruro en el agua, posiblemente mediante sistemas lo bastante pequeños para usarlos en el hogar.

129. Agradeció a los delegados sus sugerencias al documento y se comprometió a incorporar más información sobre la relación que guardaba la salud bucodental con la diabetes sacarina y la neumonía, así como sobre la fluoración de la sal y sus efectos en las poblaciones indígenas. Respondiendo a las observaciones sobre la capacitación, explicó que la OPS estaba trabajando en colaboración con miembros de las instituciones odontológicas para incorporar las nuevas tecnologías en los programas de estudios. En cuanto a la pregunta sobre Guatemala y Santa Lucía, dijo que había que seguir investigando las cifras para los índices de dientes cariados, perdidos y obturados para

Santa Lucía, puesto que la OPS no tenía la seguridad de que fueran exactos. En cuanto a las cifras del presupuesto que figuraban en el documento, aclaró que se referían a sendos bienios del período 2008-2011.

130. En respuesta a la consulta sobre la causa específica de los resultados adversos del embarazo, dijo que aunque había estudios clínicos sobre los efectos de las bacterias que producen la caries dental en el embarazo, tenían el inconveniente de haberse llevado a cabo en determinados grupos de población. Lo que faltaba era un estudio de salud pública sobre las infecciones bucodentales vinculadas a un programa prenatal. La OPS esperaba poder organizar tal estudio, pero primero había que encontrar un donante que proporcionara el financiamiento necesario.

131. La Directora destacó la importancia atribuida en el plan regional a la existencia de las prácticas óptimas y a la necesidad de ampliar su uso. El documento contenía ejemplos útiles sobre la eficacia de las diversas intervenciones descritas, como la fluoración y un mayor interés en la capacitación de los profesionales de odontología. También deseaba destacar el objetivo 2 de la meta 1 del plan sobre la promoción de la higiene bucodental y la salud bucodental en las escuelas, en los niveles primario y secundario. Señaló que la propuesta de Plan Regional Decenal sobre Salud Bucodental apoyaba los tres Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.

132. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE138.R9, por la cual recomienda que el 47.º Consejo Directivo apruebe la propuesta de Plan Regional Decenal sobre Salud Bucodental para las Américas.

***La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y otros derechos relacionados (documento CE138/15)***

133. El Dr. Camilo Alleyne (Ministro de Salud, Panamá) dijo sentirse complacido de presentar el tema, que el Gobierno de Panamá había propuesto para su inclusión en el orden del día del Comité. Señaló que la Constitución de la OMS declaraba que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr era uno de los derechos fundamentales de un ser humano. Sin embargo, un análisis de la situación en los países de la Región puso de manifiesto que muchas de las 60 millones de personas discapacitadas en las Américas no gozaban plenamente de ese derecho. En el documento CE138/15 y el proyecto de resolución sobre este tema se recomendaba una serie de medidas encaminadas a prevenir las discapacidades y mejorar el acceso de las personas discapacitadas, incluidos los niños, a servicios de salud y rehabilitación, transporte y comunicación, educación, empleo y demás servicios que necesitaran para estar en condiciones de ejercer sus derechos básicos. Esas recomendaciones reflejaban el interés vehemente del Gobierno de Panamá —que estaba seguro que compartían otros Estados Miembros— de conseguir que las personas discapacitadas pudieran alcanzar el nivel de salud más alto posible.

134. El Dr. Armando Vásquez (Asesor Regional en Rehabilitación, OPS) observó que el problema de la discapacidad en la Región afectaba a más de las 60 millones de personas de la Región que se calculaba que tenían discapacidades, puesto que la discapacidad también tenía repercusiones en la familia, los amigos y otros en el ambiente inmediato de la persona en cuestión. Los estudios habían revelado que por cada persona con una discapacidad, había otras cuatro o cinco personas afectadas. Por lo tanto, hasta 25% de la población total de la Región podría estar afectada, directa o indirectamente, por la discapacidad.

135. Es más, las cifras sobre la prevalencia de las discapacidades en la Región quizá no revelaran la verdadera magnitud del problema debido a las incongruencias entre los países en la definición de discapacidad y en los métodos de recopilación de datos. La aplicación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, recientemente adoptada, facilitaría la obtención de datos comparables y, por lo tanto, se determinaría la prevalencia real de la discapacidad en la Región. En efecto, como el documento indicaba, varios estudios en los que se utilizaba dicha clasificación se habían realizado en países de las Américas. A pesar de la diversidad de datos y métodos empleados, era evidente que estaba aumentando la prevalencia de la discapacidad.

136. La OPS, mediante el Programa Regional sobre la Prevención de Discapacidades y Rehabilitación, había estado colaborando con los Estados Miembros para prevenir las discapacidades y atacar los problemas afines mediante diversos enfoques estratégicos. Esos enfoques se resumían en los párrafos 38 a 47 del documento CE138/15.

137. El Sr. Javier Vásquez (Asesor Regional en Derechos Humanos, OPS) describió las diversas resoluciones y los instrumentos internacionales que proporcionaban la base para la perspectiva de derechos humanos presentada en el documento CE138/15. Las dos resoluciones principales eran la resolución WHA58.23, adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud, en 2005, que instaba a los Estados Miembros a que desarrollaran su base de conocimientos a fin de promover y proteger los derechos de las personas discapacitadas, y la resolución CD43.R10, aprobada en 2001 por el Consejo Directivo de la OPS, en la que se instaba a los Estados Miembros a que desplegaran esfuerzos para crear y actualizar las disposiciones jurídicas que protegen los derechos humanos de las personas con discapacidad mental. Además, las personas discapacitadas estaban protegidas por diversos tratados, pautas y normas de derechos humanos internacionales y regionales. Esos instrumentos se mencionaban en el documento, junto con los Estados de la Región que los habían ratificado.

138. De acuerdo con la resolución WHA58.23, la Oficina había considerado importante incorporar en el documento una sección que ayudara tanto a los Estados Miembros como a la propia Oficina a ampliar sus conocimientos acerca de las fuentes más importantes que consagraban los derechos básicos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y las libertades fundamentales de las personas discapacitadas. Esos instrumentos internacionales podrían proporcionar orientación útil para la formulación y revisión a nivel nacional de las



políticas, las leyes, los planes y los servicios que benefician a las personas discapacitadas. La información en el documento también servía para ayudar a la Oficina y a los Estados Miembros a hacer aportes más eficaces a la labor en marcha en las Naciones Unidas para redactar una convención internacional que proteja y promueva los derechos y la dignidad de las personas discapacitadas.

139. Desde 2000, la Oficina había estado proporcionando cooperación técnica en la aplicación de los instrumentos internacionales de derechos humanos en diversas esferas de la salud, y estaba preparada para asistir a los Estados Miembros en la incorporación de las disposiciones de esos instrumentos en sus políticas, programas, planes y leyes nacionales sobre las discapacidades y a reestructurar los servicios de salud y rehabilitación para las personas discapacitadas.

140. El Comité Ejecutivo agradeció al Gobierno de Panamá que hubiera tomado la iniciativa de incluir el punto de la discapacidad en el orden del día de los Cuerpos Directivos y recibió con beneplácito el documento, que exponía un marco conceptual sólido para adoptar medidas concretas tendentes a mejorar la calidad de vida de las personas discapacitadas en la Región y a defender sus derechos. Los miembros también estuvieron de acuerdo en que, como se indicaba en el documento, la discapacidad debía asumirse como una responsabilidad social, no individual. A este respecto, se subrayó la importancia de colaborar con organizaciones comunitarias, en particular las organizaciones que representan a las personas discapacitadas y prestan servicios comunitarios. Se señaló que las organizaciones de personas discapacitadas podrían ser un vehículo importante para la promoción de la causa política, dándoles a sus miembros el poder de defender sus propios derechos. Un delegado describió una iniciativa en su país que intentaba reunir a los diversos grupos de personas discapacitadas en una única organización general para darles más influencia política.

141. El Comité recalcó que la respuesta a la discapacidad debe ser multisectorial, abarcando más que el sector de la salud para extenderse a los sectores de la educación, el trabajo y el transporte. Al mismo tiempo, se señaló que el sector de la salud no había desempeñado una función particularmente prominente al abordar el problema en muchos países y que las necesidades de las personas discapacitadas no habían recibido la prioridad que merecían en los debates sobre la prestación de atención sanitaria, los seguros y el financiamiento.

142. El Comité también afirmó que cualquier ley promulgada con el fin de proteger los derechos de las personas discapacitadas debería comprender cláusulas estrictas de cumplimiento, sin las cuales era improbable que las leyes en realidad se aplicaran. Se señaló, por ejemplo, que mientras muchos países de la Región tenían leyes que hacían obligatorio el acceso en silla de ruedas a los edificios, las dependencias gubernamentales encargadas de aprobar los permisos de construcción no estaban vigilando la observancia de esas leyes. Una delegada, observando que los diversos instrumentos y normas

internacionales sobre los derechos de las personas discapacitadas no eran jurídicamente vinculantes en la actualidad, expresó su deseo de que pronto dejarán de considerarse “leyes sin fuerza obligatoria”, lo cual aumentaría su utilidad. Otro delegado señaló que la convención internacional para proteger y promover los derechos y la dignidad de las personas discapacitadas, que se estaba negociando en las Naciones Unidas, debería velar por que las cuestiones de discapacidad se reconocieran en el derecho internacional. Subrayó que los artículos del proyecto de convención, en particular aquellos relacionados con la salud y la habilitación y rehabilitación, deberían servir de fundamento a los enfoques estratégicos de la OPS para asegurar la continuidad con ese instrumento. También se destacó la importancia de la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad como base para legislar a nivel nacional.

143. Diversos delegados describieron las iniciativas legislativas y de otra índole emprendidas en sus países respectivos con el fin de proteger los derechos de las personas discapacitadas y que estas logren participar plenamente en la educación, el empleo y otros ámbitos de la vida social y económica. Varios delegados también presentaron la información por escrito.

144. El Comité planteó ciertas sugerencias y recomendaciones sobre el documento y el proyecto de resolución correspondiente a este punto. Se sugirió que el término “discapacidad” se definiera con más precisión para lograr una comprensión común y facilitar la formulación de un enfoque regional compartido. También se señaló que cualquier definición del término debería reconocer el carácter evolutivo del concepto de discapacidad, para que las discapacidades nuevas o emergentes no quedaran excluidas. Aunque se apreciaba el interés del documento en la rehabilitación integral, se consideraba que la importancia que había que conceder a la prevención de la discapacidad era la misma que la que se daba a la rehabilitación, si no más. Por consiguiente, se indicó que el proyecto de resolución debería hacer más hincapié en la prevención y en la investigación para determinar las causas de la discapacidad. También se dijo que la violencia, en especial la violencia de género, debería quedar comprendida entre las causas mencionadas en el documento y el proyecto de resolución. Al mismo tiempo, se señaló que el documento estipulaba que una esperanza de vida más larga era una de las causas de la discapacidad, pero que aunque era cierto que el número de discapacidades podría aumentar conforme aumentaba el número de personas de edad, la vejez no forzosamente debería equipararse con la discapacidad.

145. Con respecto a los enfoques estratégicos descritos en el documento, se mencionó que la primera prioridad para la OPS debería ser la vigilancia epidemiológica. En particular, la OPS debería dirigir y coordinar la recogida de datos sobre la prevalencia de la discapacidad en la Región con objeto de establecer un punto de comparación para la formulación de un enfoque o programa regional. También se consideró esencial recopilar información sobre las políticas, los planes, los programas y las leyes relacionados con la

discapacidad en vigor y evaluarlos. Con ese fin, se propuso la creación de un observatorio regional de la discapacidad. Se instó a la Oficina a que, en un informe futuro sobre el tema, aclarara las diversas áreas en las cuales estaba proporcionando conocimientos técnicos especializados e indicara sus planes para avanzar en el futuro.

146. Por último, se solicitó a la Oficina que suministrara más información sobre el presupuesto disponible para la cooperación técnica con respecto a la discapacidad, incluido cualquier recurso que pudiera estar disponible de otras áreas de trabajo, dado que la discapacidad era una cuestión transversal.

147. El Dr. Armando Vásquez dijo que la definición de “discapacidad” que aparecía en el documento CE138/15 era una definición genérica, universal, basada en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud. Abarcaba tres dimensiones, las cuales concedían flexibilidad a los países o a las organizaciones para que formularan sus propias definiciones. Estuvo de acuerdo en que era importante evitar definiciones estáticas, que indudablemente tendrían que cambiarse a medida que siguiera evolucionando el significado del término. De hecho, creía que el término “discapacidad” con el tiempo caería en desuso y se reemplazaría con la referencia al estado funcional de las personas.

148. Aseguró al Comité que el área de la vigilancia epidemiológica era una prioridad para la OPS. Recientemente, la Organización había estado colaborando con países para determinar los indicadores que podrían usarse para recopilar datos sobre la discapacidad a nivel nacional. Esos indicadores también servirían de insumo para la creación de indicadores regionales que podrían usarse para vigilar los programas y la aplicación de los acuerdos internacionales en materia de discapacidad. Ese trabajo facilitaría el aporte de la Región al informe mundial de la OMS sobre la discapacidad y la rehabilitación, que se publicaría en 2007, de conformidad con la resolución WHA58.23.

149. Con respecto a la referencia en el documento a la esperanza de vida más larga como una causa de discapacidad, dijo que la Oficina no había tenido la intención de implicar que el envejecimiento causaba forzosamente discapacidad ni que hubiera una correlación directa entre la vejez y la discapacidad. Sin embargo, era innegable que la pérdida de la funcionalidad que a menudo acompañaba al proceso de envejecimiento podría poner a una persona en riesgo de padecer una discapacidad. La Oficina aclararía en la revisión del documento para el Consejo Directivo lo que había querido decir. También suministraría información sobre las actividades de cooperación técnica llevadas a cabo en los últimos años, incluidos muchos ejemplos satisfactorios de cooperación técnica entre países.

150. El Sr. Javier Vásquez, refiriéndose a las observaciones sobre la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad y la función de la OPS en su promoción, dijo que, a petición del Consejo Permanente de la Organización de los Estados Americanos, la OPS procuraría

desempeñar una función más activa en el Comité que había creado la Convención. Con respecto a las observaciones sobre “leyes sin fuerza obligatoria” y las recomendaciones y normas internacionales sobre discapacidad, dijo que la OPS estaba proporcionando asesoramiento técnico a solicitud de los Estados Miembros para ayudarlos a incorporar esas normas en las leyes, políticas y prácticas nacionales, especialmente en el ámbito de discapacidad mental. La Oficina también había ofrecido talleres de capacitación al personal de salud para sensibilizarlos acerca de las normas recomendadas para el tratamiento de las personas con discapacidad mental. En cuanto al proyecto de convención internacional para proteger y promover los derechos y la dignidad de las personas discapacitadas, dijo que la Oficina conseguiría que la próxima versión del documento reflejara la letra de ese instrumento.

151. La Directora, respondiendo a las preguntas sobre el presupuesto para las actividades relacionadas con la discapacidad, dijo que la prevención de la discapacidad y los servicios de rehabilitación se clasificaban en el área de trabajo de la prestación de servicios de salud, como se reflejaba en la evaluación del desempeño del presupuesto 2004-2005 (documento CE138/10). Sin embargo, también se llevaban a cabo actividades de prevención y rehabilitación de la discapacidad en otras áreas, como las de salud ocular y salud del niño.

152. Observó que un área de trabajo creciente para la OPS era la provisión de asesoramiento, desde el punto de vista de la salud pública, en las publicaciones sobre salud y derechos humanos. La OEA, por ejemplo, había pedido recientemente el asesoramiento de la Organización, como organismo especializado de salud pública, en los casos que estaba atendiendo la Corte Interamericana de Derechos Humanos y se relacionaban con la salud, en particular la salud de las personas con discapacidad física o mental. La OPS también había ayudado al Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho de todos al goce del grado máximo de salud física y mental que se pueda lograr.

153. El Dr. Alleyne agradeció al Comité sus observaciones y sugerencias y expresó su agradecimiento a los expertos técnicos de la Oficina por sus recomendaciones. Estaba seguro de que sería posible llegar a una resolución que incorporara las inquietudes y recomendaciones de todos los Miembros y reflejara una visión común con respecto al tema importante de la discapacidad.

154. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE138.R11 sobre este tema.

***Promoción de la salud: logros y enseñanzas extraídas entre la Carta de Ottawa y la Carta de Bangkok y perspectivas para el futuro (documentos CE138/16)***

155. El Presidente señaló a la atención del Comité Ejecutivo el documento CE138/16, e indicó que la Dra. Maria Teresa Cerqueira (Jefa de Unidad, Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, OPS) respondería a las observaciones del Comité y a cualquier pregunta sobre el informe.

156. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito la evaluación del progreso logrado y las enseñanzas extraídas durante el período entre la Carta de Ottawa, de 1986, y la conferencia más reciente sobre la promoción de la salud, que se celebró en Bangkok, en 2005, y el apoyo firme al trabajo en curso de la OPS en el área de promoción de la salud. El Comité aplaudió la gran atención prestada a los factores sociales determinantes de la salud en el informe. Los miembros estuvieron de acuerdo con la conclusión de la OPS de que se necesitarían más esfuerzos e inversiones para estudiar los factores determinantes y las condiciones fundamentales que llevan a las personas a adoptar comportamientos sanos o se lo impiden. La desigualdad y la inequidad crecientes en las condiciones sanitarias y socioeconómicas, en el interior de los países o entre países, se consideraron entre las barreras principales al mejoramiento de la salud y el bienestar.

157. Se sugirió que la OPS debería elaborar una estrategia para apoyar y continuar el trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS después de que el trabajo de la Comisión termine en 2008. También se propuso que los países deberían considerar la posibilidad de crear comisiones nacionales sobre determinantes sociales de la salud, que reforzarían el trabajo de la comisión mundial y ayudarían a fortalecer la capacidad institucional de los países para promover la salud.

158. Varios delegados destacaron la importancia del intercambio de experiencias y la cooperación técnica entre países. Se consideró que facilitar tales intercambios era una función valiosa para la OPS, que podría ayudar en la comunicación entre los Estados Miembros acerca de los modelos de promoción de la salud y las formas eficaces de afrontar los desafíos difíciles, ayudando por ende a los países a fortalecer la promoción de la salud y los planes nacionales de prevención de enfermedades y a evitar repetir los errores. Se alentó a la Organización a que también ayudara a los países a reforzar su capacidad de evaluar las repercusiones y la eficacia de las políticas e iniciativas de promoción de la salud.

159. Se indicó que la OPS podría crear una base de datos de las prácticas óptimas de promoción de la salud. Al aumentar la disponibilidad de esos datos, la Organización ayudaría a fortalecer la base de datos fidedignos, lo que, a su vez, ayudaría a los encargados de la toma de decisiones a conocer más a fondo la eficacia en función de los costos de las intervenciones de promoción de la salud. Una base más fiable de pruebas científicas proporcionaría un instrumento para que la promoción de la causa aumentase la asignación de más recursos para la promoción de la salud.

160. También se mencionó que se podrían organizar actividades regionales y subregionales para difundir las experiencias positivas en el campo de la promoción de la salud. Un delegado dijo que tales casos podrían ayudar a dilucidar la diferencia entre la prevención de enfermedades y la promoción de la salud que se planteaba en el documento. Otro delegado creía que, sin embargo, la línea divisoria nunca estaría definida, ya que los dos enfoques tenían que ser mutuamente complementarios. A su juicio, en lugar de

centrarse en la distinción entre ellos, sería más constructivo buscar un enfoque integrado y holístico que abarcara ambos.

161. Varios delegados describieron las actividades de promoción de la salud realizadas en sus propios países, en algunos casos resaltando actividades, programas e iniciativas particulares que no estuvieran incluidos entre los ejemplos citados en el documento. La delegada de Barbados mencionó algunas enseñanzas extraídas del trabajo realizado en la promoción de la salud en la subregión del Caribe, que podrían ser aplicables a otros países y al trabajo de la OPS. Una enseñanza era que tener un plan estratégico escrito mejoraba enormemente las oportunidades de atraer socios y facilitaba la colaboración entre ellos. Otra era la importancia de aprovechar el acervo de las organizaciones comunitarias que existían en las localidades para dar poder e involucrar a las personas para que mejoren su propia salud. La tercera enseñanza era el valor de aprovechar el interés creciente de los medios de comunicación social en los asuntos de salud para ampliar la colaboración para la promoción de la salud.

162. Otra enseñanza mencionada por la delegada de Barbados, de la que se hicieron eco varios más, fue que debería haber liderazgo político decidido a los niveles más altos para facilitar la colaboración intersectorial necesaria y obtener el compromiso de todo gobierno con la promoción de la salud. Al mismo tiempo, aunque reafirmaron la importancia de la acción intersectorial, varios delegados insistieron en que era indispensable reconocer y fortalecer la función de liderazgo de los ministerios de salud. También se recalcó la necesidad de hacer que el sector privado participara. Se señaló que las empresas privadas tenían repercusiones directas en la salud del pueblo y en los factores que determinaban la salud y, por lo tanto, tenían una responsabilidad concomitante de ayudar a adoptar medidas preventivas a favor de la salud y el bienestar. Se opinó que el documento debería prestar más atención a la función del sector privado en la promoción de la salud.

163. Se señaló que la sección del documento que trataba la cooperación técnica de las organizaciones internacionales también debería mencionar a la Federación Iberoamericana del Ombudsman (FIO) y el Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH), ya que ambas estaban trabajando en el área de la promoción de la salud con los Estados Miembros de América Latina.

164. La delegada de Canadá, observando que su país sería anfitrión de la Conferencia Mundial de 2007 sobre la Promoción de la Salud y de Educación para la Salud de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES), propuso que el documento CE138/16 debería examinarse en la conferencia o al menos debería incorporarse en los documentos de antecedentes, que se publicarían en una edición especial de la revista de la UIPES, titulada *Health Promotion International*.

165. El Comité Ejecutivo acogió la intención de la OPS de organizar una consulta más amplia para elaborar un plan de acción futuro para fortalecer la capacidad institucional de los Estados Miembros en la promoción de la salud, mencionada en la sección titulada

“Apoyo y seguimiento de la OPS a los compromisos de la Carta de Bangkok”. Sin embargo, se dijo que la OPS podría preferir esperar hasta la publicación del informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, en 2008, para incorporar sus resultados en el plan de acción. Un delegado expresó inquietud de que el documento parecía indicar que la Carta de Bangkok significaba un compromiso para los países, cuando, en realidad, no era así pues los Estados miembros no la habían negociado ni aprobado plenamente.

166. Se sugirió que debería prepararse una resolución en la que se propusiera que el Consejo Directivo aprobara la preparación de un plan regional de acción sobre promoción de la salud, con el calendario correspondiente.

167. La Dra. Cerqueira agradeció a los delegados sus observaciones, solicitando que presentaran por escrito sus sugerencias al documento y al trabajo de la OPS. A ella le había complacido e interesado escuchar acerca de los planes de acción de promoción de la salud en los diversos países. Sería importante tener en cuenta las experiencias obtenidas con esos planes en las siguientes etapas de la preparación de un plan regional. Estuvo de acuerdo en que la formulación de un plan debería ir en estrecho paralelo con el trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. La conferencia de promoción de la salud en el Canadá podría brindar una oportunidad para continuar con las consultas sobre un plan regional, así como en el 11<sup>o</sup> Congreso Mundial en Salud Pública, a celebrarse en agosto de 2006, en Brasil.

168. La OPS tenía la intención de continuar y profundizar la capacitación de los recursos humanos en el sector de la salud, entre otros, para avanzar hacia un concepto más amplio de la promoción de la salud que rebase las áreas de la información, la comunicación y la educación. Esas actividades, aunque de una importancia indudable, no eran suficientes para lograr las transformaciones que se proponía lograr una estrategia de promoción de la salud. Aparte de informar y educar, los países necesitaban hacer los cambios que hubieran sido determinados por sus estudios y evaluaciones.

169. Con respecto a la Carta de Bangkok, confirmó que no imponía compromisos a los Estados Miembros.

170. La Directora señaló que el documento CE138/16 era un informe sobre el progreso logrado y las enseñanzas extraídas de la ejecución de la estrategia de promoción de la salud. En su opinión, sería difícil preparar una resolución basándose en un informe de progreso. En cambio, el Comité Ejecutivo podría decidir tomar nota del informe, expresar su apoyo a las ideas propuestas en él y reconocer la necesidad de establecer un proceso para formular el plan de acción al que se refiere el documento. El Comité también podría querer hacer recomendaciones concretas de promoción de la salud en el contexto de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y el Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana 2008-2012. Una estrategia de promoción de la salud sería de una importancia primordial para ambos documentos.

171. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe y respaldó la preparación de un plan regional de acción para fortalecer la capacidad institucional de los Estados Miembros para promover la salud.

***Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud (documento CE138/17)***

172. El Presidente dirigió la atención del Comité a los documentos CE138/17 y CE138/18 y anunció que la estrategia regional y el plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud y la estrategia y el plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo se trataría consecutivamente, puesto que los dos guardaban una relación estrecha. El Comité se concentraría primero en la estrategia para las enfermedades crónicas.

173. El Dr. Roberto Dullak Peña (Representante del Subcomité de Planificación y Programación) informó que el Subcomité de Planificación y Programación había manifestado su apoyo decidido a las dos estrategias y los planes de acción correspondientes, aplaudiendo, en particular, su enfoque integrado e intersectorial. Los miembros habían opinado que las dos estrategias regionales serían un complemento a la ejecución de la Estrategia Mundial de la OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, y la Estrategia Mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, aunque se había manifestado cierta inquietud sobre si la formulación de estrategias regionales separadas podría duplicar esfuerzos y diluir recursos escasos al tener que ejecutar las estrategias mundiales. El Subcomité había observado la correlación alta entre las dos estrategias y los planes de acción y había subrayado la necesidad de integrar las dos iniciativas para evitar fragmentación y hacer el uso más eficaz de los recursos. El Subcomité también había opinado que el nexo entre los dos debería hacerse más explícito en los documentos respectivos.

174. En relación concretamente con la estrategia regional y el plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, el Subcomité había destacado la necesidad de concentrar más el interés en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y había recalcado que la promoción de la salud con el fin de prevenir las enfermedades crónicas debería comenzar en la niñez. Con relación a la diabetes sacarina, se había señalado que la estrategia también debería centrarse en la detección y el tratamiento de estados de prediabetes, puesto que se había comprobado que la intervención temprana podría evitar que los estados de prediabetes se convirtieran en diabetes. El Subcomité había realzado la importancia de la detección e intervención tempranas de todas las enfermedades crónicas.

175. El Subcomité también había observado la necesidad de dirigir la atención hacia las enfermedades mentales, que a menudo coexistían con afecciones crónicas y que, si no se



trataban, podrían llevar a hábitos nocivos, el incumplimiento con instrucciones médicas y el pronóstico equivocado en pacientes con enfermedad crónica. Había recomendado que la OPS debería usar el Programa de Acción Mundial en Salud Mental de la OMS para mejorar la estrategia regional para las enfermedades crónicas.

176. La Dra. Carissa Etienne (Subdirectora, OSP), al presentar los documentos CE138/17 y CE138/18, dijo que las dos estrategias que estaba considerando el Comité en esos momentos eran el resultado de un proceso consultivo con interesados directos esenciales en los países y con los socios externos. Respondían a las características y necesidades particulares de los Estados Miembros en América Latina y el Caribe. Ambas estrategias procuraban reducir las desigualdades en el acceso a la prevención de enfermedades y la promoción de la salud y a los servicios sanitarios de calidad y medicamentos esenciales. Recalcaban la función básica de los factores determinantes, incluidos los factores determinantes biológicos y sociales, y las dos exigían la participación del sector privado y la sociedad civil, con el liderazgo firme de los gobiernos. Además, ambas estrategias eran holísticas, y ambas contemplaban respuestas multisectoriales y multidisciplinarias.

177. La Oficina estaba abordando las dos estrategias desde una plataforma conjunta, procurando aprovechar al máximo las oportunidades para la sinergia. Sin embargo, no se podían fusionar las dos estrategias en una. Había diferencias sustanciales entre ellas, y las respuestas de los Estados Miembros y la Oficina tenían que ser distintas. Había también la diferencia de sus poblaciones destinatarias. Si bien los pobres se veían afectados de manera desproporcionada por los problemas que las dos estrategias debían solucionar, los grupos de personas pobres a las que se pretendía dirigir las estrategias tenían características particulares y diferenciadas.

178. Los países de América Latina y el Caribe se enfrentaban a una carga doble, que constaba de la agenda inconclusa de la nutrición subóptima y las carencias de micronutrientes aunada a una epidemia en aumento de enfermedades crónicas, que eran ahora la principal causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad en casi todos los países de la Región, en particular en el Caribe. Los problemas nutricionales eran uno de los factores causales de las enfermedades crónicas, pero había otros, como los factores de riesgo biológicos, conductuales y ambientales. Como consecuencia, el régimen alimentario, la actividad física y la nutrición constituían sólo un componente del enfoque integrado de salud pública sobre las enfermedades crónicas.

179. Creía que el reto que afrontaban los países de la Región en la actualidad era el de encontrar los medios para solucionar adecuadamente los problemas de las carencias nutricionales, la seguridad alimentaria y las enfermedades crónicas, de suerte que se reconocieran los elementos complementarios, pero que respondieran plenamente a las diferencias concretas de la etiología y la epidemiología y, por consiguiente, realizaran las intervenciones necesarias.

180. El Comité Ejecutivo expresó su apoyo pleno a la estrategia y al plan de acción propuestos, y varios Miembros reafirmaron el compromiso de sus gobiernos de aplicar la estrategia a escala nacional. El Comité también recibió con beneplácito las mejoras introducidas en el documento desde su presentación al Subcomité de Planificación y Programación, y agradeció a la Oficina que incorporara los comentarios y sugerencias del Subcomité. Al igual que el Subcomité, el Comité Ejecutivo subrayó la importancia de la prevención y recalcó que la promoción de la salud encaminada a prevenir las enfermedades crónicas debería empezar en la primera infancia, que era el mejor momento para instilar hábitos sanos que ayudarían a proteger a los niños de las enfermedades crónicas en etapas posteriores de la vida.

181. Se dio un apoyo particular al tercer objetivo del plan de acción propuesto: “promover las condiciones sociales y económicas que abordan los factores determinantes de las enfermedades crónicas y facultan a las personas para mejorar el control de su propia salud y adoptar conductas saludables”. Se señaló que ese objetivo debería remitirse al documento CE138/16 sobre la promoción de la salud, que contenía enseñanzas extraídas valiosas que deberían tenerse presentes al perseguir ese objetivo. Al mismo tiempo, los miembros reconocieron que, además de promover los modos de vida sanos, era necesario abordar los factores de riesgo en el ambiente social, económico y cultural, como las condiciones de vida y trabajo, el acceso a los servicios de salud y el tamizaje preventivo regular, el enfoque de género, la violencia y la salud ambiental. También se reconoció la necesidad de fortalecer la base de datos probatorios para la ejecución, el monitoreo y la evaluación de las políticas y los programas de prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles. A este respecto, se recalcó que cualquier política promovida por la OPS como parte de su promoción de la causa para el cambio de políticas debería basarse en pruebas científicas.

182. La delegada de Canadá informó que su país estaba colaborando con la OPS en el establecimiento de un observatorio de políticas de enfermedades crónicas no transmisibles como parte de la iniciativa CARMEN<sup>3</sup>. La finalidad del observatorio era proporcionar un marco unificado y sistemático para la formulación de políticas sobre las enfermedades crónicas no transmisibles. Cada país participante estaba preparando estudios de casos sobre la formulación de políticas. El próximo paso sería ampliar los estudios de casos para abarcar la aplicación y la evaluación de políticas. Actualmente, el observatorio de políticas de CARMEN contaba con la participación de Brasil, Canadá y Costa Rica, pero algunos otros países, como Chile, Guatemala y México, habían expresado su interés en participar.

---

3 CARMEN significa Conjunto de Acciones Para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No Transmisibles. Es el equivalente en las Américas de la CINDI (Intervención Integrada de Alcance Nacional en Enfermedades No Transmisibles) en Europa.

183. El Comité puso de relieve la necesidad de que los Estados Miembros se comprometan plenamente con la estrategia y presten el apoyo programático y financiero necesario para su ejecución. Los miembros insistieron en la importancia de traducir la estrategia a hechos concretos que tengan repercusiones reales en las vidas de las personas con enfermedades crónicas. El Delegado de Antigua y Barbuda mencionó *Milagros*, el programa de atención oftalmológica, una iniciativa conjunta de Venezuela y Cuba, como un ejemplo de tal acción. Por medio de *Milagros*, numerosas personas en países de la Región, incluido el suyo, habían recibido atención quirúrgica gratuita para corregir enfermedades como las cataratas.

184. El Delegado de Panamá subrayó la necesidad de que los países más desarrollados de la Región ayudaran a otros países a administrar tratamientos para problemas relacionados con enfermedades crónicas que no estaban habilitados para tratar por cuenta propia, en particular las intervenciones quirúrgicas, como los trasplantes. Sugirió que a tales fines podría establecerse un sistema de referencia y contrarreferencia.

185. Con respecto al documento, el Comité apreciaba la inclusión de la información sobre los recursos humanos y financieros disponibles para aplicar la estrategia, pero quería que la Oficina le aclarara mejor la forma como se subsanaría la insuficiencia sustancial de recursos financieros. Se sugirió que el documento y la estrategia deberían prestar más atención a las personas de edad. También se propuso que la sección del documento titulada “Fortalecimiento de los servicios de salud para la prevención y el control integrados de las enfermedades crónicas” debería referirse a la atención de los pacientes con enfermedades crónicas, no a las propias enfermedades, ya que el meollo de la acción deberían ser las personas, no las enfermedades. Un delegado, señalando que la figura 1 en el documento identificaba el consumo de bebidas alcohólicas como uno de los factores determinantes básicos de las enfermedades crónicas, señaló que había algunos datos que indicaban que el consumo moderado de bebidas alcohólicas en algunas poblaciones podría proteger contra algunas enfermedades crónicas. Otro delegado observó que el documento debería hacer más hincapié en la ratificación alentadora del Convenio Marco para el Control del Tabaco. Señaló que el plan de acción pedía a los Estados Miembros que aprobaran leyes contra el tabaco conforme al Convenio Marco; sin embargo, era poco probable que ello sucediera mientras los países no hubieran ratificado el Convenio.

186. El observador por los Estados Unidos de América reiteró la inquietud de su Gobierno, también expresada en la 40.<sup>a</sup> sesión del Subcomité de Planificación y Programación, de que la estrategia duplicaría la Estrategia Mundial de la OMS sobre el Régimen Alimentario, la Actividad Física y la Salud y otras estrategias. También señaló que la resolución que se citaba en el documento CE138/17 como la fuente del mandato para la elaboración de la estrategia, de hecho, solicitaba a la Oficina que prestara cooperación técnica a los Estados Miembros para la preparación de un enfoque integrado sobre las enfermedades no transmisibles. No pensaba que eso constituyera realmente a un

llamamiento en favor de la elaboración de una estrategia en gran escala, en particular cuando había insuficiencias substanciales de recursos para su ejecución.

187. La Dra. Etienne recordó que el documento había sido presentado al Subcomité de Planificación y Programación en un estado bastante embrionario. Desde entonces, la Oficina había procurado incluir a los Estados Miembros, el sector privado, la sociedad civil y la comunidad académica en la preparación ulterior de la estrategia y el plan de acción. Las consultas se habían celebrado en los niveles subregional y nacional, y el aporte recibido de esas consultas había sido el fundamento de las líneas de acción y los enfoques estratégicos descritos en la versión actual del documento. Apreciaba las sugerencias del Comité para el refinamiento adicional de la estrategia y el plan de acción, y dijo que la Oficina se aseguraría de que se incorporaran en el documento que se presentaría al Consejo Directivo. En particular, la Oficina reexaminaría el documento con miras a lograr que colocara un acento fuerte en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, algo que los Estados Miembros deseaban ver patentemente, y que se tratara la situación de las personas de edad. También se agregaría la sugerencia del Convenio Marco para el Control del Tabaco.

188. La oradora reconoció indudablemente que la prestación de la atención terciaria a las enfermedades crónicas era un grave problema, en particular para los países de bajos recursos de la Región. Observó que el Subcomité de Planificación y Programación había examinado un documento sobre el fortalecimiento de la donación de órganos y los programas nacionales de trasplante (documento SPP39/6) el año anterior, y afirmó que la Oficina estaba siguiendo su trabajo en esa área, en particular mediante la cooperación técnica entre países, para atender la necesidad de tales servicios de atención terciaria.

189. Con respecto a la insuficiencia de recursos, especificó que la Organización se proponía montar una campaña de movilización de recursos. A su juicio, ninguna organización tendría jamás recursos suficientes para abordar un problema de tal envergadura como el de las enfermedades crónicas. No obstante, la Oficina esperaba que mediante las contribuciones voluntarias y la colaboración con los países, la Región pudiera empezar a responder de una manera eficaz y económica a la epidemia de enfermedades crónicas a la que se enfrentaba.

190. La Directora, respondiendo a las observaciones sobre el mandato para la estrategia, dijo que las enfermedades no transmisibles estaban ahora entre los motivos primarios de solicitudes de los Estados Miembros de cooperación técnica de la OPS. Como había sido evidente en el debate del Comité, los países estaban interesados en particular en intervenciones eficaces para la prevención de enfermedades crónicas. Con el transcurso de los años, los Estados Miembros habían adoptado numerosas estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades que se dirigían a determinadas cuestiones, entre otras, el control del tabaco y la alimentación del lactante y del niño pequeño. Varios países, en particular los del Caribe, habían destacado reiteradamente la necesidad de contar con un

enfoque integrado que reuniera los componentes de esas estrategias que habían resultado sumamente eficaces para atender los factores de riesgo comunes de las enfermedades crónicas. La estrategia y el plan de acción presentados en el documento CE138/17 procuraban satisfacer esa necesidad.

191. Una estrategia integrada era también una necesidad sencillamente porque la Organización no tenía los recursos para atender por sí sola las enfermedades no transmisibles. Nunca tendría una estrategia y un plan de acción específicamente para tratar el cáncer o la diabetes sacarina, por ejemplo.

192. Según la Dra. Etienne, la movilización de recursos para el área de las enfermedades crónicas era un problema difícil. Con la creciente demanda de los Estados Miembros de cooperación técnica para atender las enfermedades crónicas, la OPS había transferido una porción más grande de los recursos de los programas de país a esa área. La asignación de los asesores de la OPS en enfermedades crónicas a varios países de la Región, como se indicaba en el documento, también había dado lugar a un aumento de las asignaciones presupuestarias ordinarias para la prevención y el control de enfermedades crónicas.

193. Sin embargo, la movilización de los recursos externos seguía siendo un problema. Hasta la fecha, los donantes habían prestado relativamente poca atención a las enfermedades crónicas. La OPS estaba recibiendo cierto financiamiento para los enfoques integrados sobre las enfermedades no transmisibles de Canadá, España y los Estados Unidos de América. También había recibido apoyo considerable en los últimos cinco años de la Fundación Gates, pero esos fondos habían sido concretamente para la prevención y el control del cáncer cervicouterino. La Organización había aprendido mucho de esa experiencia, que estaba aplicando al control integrado de las enfermedades crónicas en general. Para aumentar la disponibilidad de financiamiento y remediar la insuficiencia de recursos que se necesitaban para ejecutar la estrategia y el plan de acción, la OPS trataría de aprovechar otras fuentes de contribuciones voluntarias, especialmente del sector privado. Las aseguradoras se contemplaban como una fuente prometedora porque tenían un interés obvio en la reducción de la carga de las enfermedades crónicas.

194. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE138.R1 sobre este tema.

***Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo (documento CE138/18)***

195. El Dr. Roberto Dullak Peña (Representante del Subcomité de Planificación y Programación) informó que, después de examinar una versión anterior del documento sobre este tema, el Subcomité había aplaudido el hecho de que se reconocieran en la estrategia las repercusiones de la salud y las disparidades socioeconómicas en el estado de nutrición, lo cual era congruente con el trabajo de la OMS sobre los factores sociales determinantes de la salud. Se había determinado que la pobreza y la mengua del poder

adquisitivo en muchos países eran factores que limitaban el acceso de la población a un régimen alimentario sano.

196. Varios delegados habían respaldado el concepto del derecho a una alimentación suficiente como un derecho humano básico, que se había mencionado en el documento presentado al Subcomité. En efecto, algunos delegados habían opinado que a la perspectiva de derechos humanos debería dársele más importancia. Un delegado, sin embargo, había dicho que la OPS no era un foro apropiado para tratar los derechos humanos y había pedido que la referencia a los derechos de alimentación y nutrición se suprimiera del documento.

197. El Comité Ejecutivo encontró que el documento era muchísimo mejor que la versión que se había presentado al Subcomité en marzo, y expresó el apoyo a la estrategia y al plan de acción propuesto. Los miembros en particular apreciaban el esfuerzo para vincular la estrategia más claramente con la estrategia de las enfermedades crónicas. Aunque se reconocía que se necesitaba el liderazgo firme del sector de la salud, el Comité precisó que la ejecución de la estrategia exigía acción concertada de todos los sectores del gobierno y que el esfuerzo para mejorar la nutrición debería ligarse a una política de estado. Se sugirió que los países podrían querer considerar la posibilidad de establecer un grupo de estudio multisectorial a nivel nacional para coordinar la aplicación de la estrategia. El Comité también destacó la necesidad de incluir al sector privado, en particular a la industria alimentaria, en la ejecución de la estrategia, así como establecer alianzas con los sectores público y privado a tales fines. También se subrayó la importancia de involucrar a los organismos públicos y a las organizaciones de la sociedad civil a nivel local.

198. Los delegados accedieron a la idea de trabajar en las alianzas y redes, pero pidieron más información sobre la disponibilidad de personal para coordinar esas actividades, dada la amplitud de las alianzas y asociaciones con centros nacionales e internacionales, las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y otros organismos mencionados en el documento. Se sugirió que los grupos religiosos podrían ser socios valiosos, además de los que se citaban en el documento.

199. Se pidió a la Oficina que suministrara información sobre el costo estimado de mantener las tres líneas de acción propuestas. Se recalcó que la asignación de los recursos para la estrategia nutricional y la estrategia de enfermedades crónicas debería corresponder a las necesidades de los Estados Miembros. En el caso de los países del Caribe, se consideró esencial tener presente la carga de morbilidad de las enfermedades crónicas representadas.

200. El Comité hizo varias sugerencias para mejorar la estrategia y el plan de acción. Un delegado dijo que debería prestarse más atención a la interdependencia que guardaban el estado de nutrición, el control de las enfermedades y el desarrollo social. Otro delegado

opinó que la sección del documento titulada “Análisis de la situación” debería mencionar de manera explícita la salud y el estado de nutrición de las poblaciones indígenas. El mismo delegado también propuso que se agregara una línea de acción que se refiriera directamente a la educación sanitaria y las campañas de promoción de la salud, utilizando los medios de difusión, con objeto de fomentar cambios en los modos de vida. También se sugirió que las cinco áreas estratégicas deberían hacer más hincapié en las relaciones con la industria alimentaria, el efecto de los medios de difusión, las relaciones con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, el establecimiento de normas jurídicas rigurosas para los alimentos transgénicos, la nutrición durante el embarazo, la función de la medicina privada, las alianzas con asociaciones deportivas y la promoción del ejercicio físico, y, especialmente, la perspectiva de género.

201. Varios delegados describieron las iniciativas emprendidas en sus países para mejorar el estado de nutrición. El Delegado de Venezuela presentó información por escrito sobre las actividades en marcha en su país. También dijo que se debería mencionar en la estrategia la creación de nuevas formas de medición del estado nutricional, observando que Venezuela había elaborado un indicador nuevo, el índice de bienestar social, pues los instrumentos existentes no habían sido apropiados en su país para medir el progreso logrado por los programas de alimentación y nutrición del país.

202. El Dr. Hernán Delgado (Director, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, INCAP), respondiendo a las observaciones del Comité en nombre de la Oficina, observó que, al igual que la estrategia para el control de las enfermedades crónicas, la estrategia sobre la nutrición en el desarrollo se había revisado para incorporar los aportes que se habían recibido del Subcomité de Planificación y Programación y de una serie de consultas a nivel nacional y subregional, incluida una reunión celebrada en el INCAP, en Guatemala, con representantes de los Estados Miembros, otros organismos internacionales de cooperación, la comunidad académica y el sector privado. Las observaciones y sugerencias del Comité Ejecutivo enriquecerían aún más la estrategia.

203. Con el transcurso de los años, muchas iniciativas se habían llevado a cabo y se habían invertido recursos sustanciales para solucionar los problemas de la alimentación y la nutrición en las Américas, pero, a pesar de esos esfuerzos y del hecho de que la producción de alimentos en la Región era más que suficiente para atender las necesidades nutricionales de toda la población, varios países americanos permanecían en riesgo de no alcanzar las metas relacionadas con la nutrición del Objetivo de Desarrollo del Milenio número 1: erradicar la pobreza extrema y el hambre. Esto respondía en parte a que las iniciativas del pasado habían sido sumamente fragmentadas. La estrategia de la OPS tenía por objeto organizar las distintas actividades en un enfoque integrado para resolver un problema ante el cual la Región tenía obviamente la capacidad y los recursos para encontrar la solución.

204. Con respecto a las preguntas del Comité acerca de los recursos, señaló que, además de los recursos humanos de la sede de la OPS, estaba el personal de los dos centros subregionales que se dedicaban a cuestiones relacionadas con la alimentación y la nutrición, el INCAP y el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI). Además, la OPS aprovechaba debidamente la pericia disponible en los países.

205. La Directora agregó que, además de los dos asesores regionales en nutrición que trabajan en la sede de la OPS, el personal en algunas otras áreas estaba haciendo aportes al trabajo de la Organización en cuanto a los problemas de alimentación y nutrición. También se contaba con recursos financieros considerables para el área de la nutrición, incluidos no solo los fondos del presupuesto ordinario, sino también los extrapresupuestarios que recibían los dos centros, que habían tenido mucho éxito con la movilización de las contribuciones voluntarias. Aparte, ambos centros recibían cuotas de sus Estados Miembros respectivos. Señaló que las instituciones financieras internacionales estaban muy dispuestas a brindar apoyo a las actividades relacionadas con la nutrición actualmente, en particular para que sus países lograran alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio número 1. Había también gran interés de las organizaciones internacionales en colaborar y armonizar su cooperación en el área de la nutrición. Por lo tanto, era un momento propicio para lanzar la estrategia y el plan de acción regionales.

206. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE138.R2 sobre este tema.

### **Asuntos administrativos y financieros**

#### ***Informe sobre la recaudación de las cuotas (documento CE138/19 y CE138/19, Add. I)***

207. La Sra. Linda Kintzios (Oficial de Finanzas, Gestión e Informes Financieros, OPS) dirigió la atención del Comité al documento CE138/19, incluidos sus anexos A y B, en los cuales se presentaban el estado y el detalle del recibo de las contribuciones al 31 de diciembre de 2005 y al 15 de mayo de 2006, respectivamente. El documento CE138/19, Add. I contenía la información más reciente del recibo de las contribuciones al 12 de junio de 2006. Es más, a partir de esa fecha, la OPS había recibido otros pagos por \$18.188, de Costa Rica; \$44.729, de Colombia, y \$128.486, de Argentina. La recaudación combinada de los atrasos y las cuotas del año en curso, por ende, totalizaban \$42,9 millones, que representaban un aumento leve de las recaudaciones generales, por comparación con los \$42,8 millones recibidos en 2005; \$37,8 millones, en 2004, y \$30,5 millones, en 2003. Un total de 26 Estados Miembros había efectuado pagos de cuotas en 2006.

208. Sin embargo, la recaudación de las cuotas del año en curso ascendía a sólo \$6,9 millones, o sea, 7%, una disminución considerable con respecto al 13%, en 2005; 23%, en 2004, y 23%, en 2003. Hasta la fecha, los ingresos totales recibidos para el fondo fiduciario denominado Contribuciones voluntarias para los programas prioritarios



alcanzaban un total de \$11.934, y la OPS deseaba agradecer a los Estados Miembros que habían efectuado esas contribuciones.

209. El Delegado de Argentina dijo que su país se comprometía a continuar efectuando los pagos en conformidad con su plan de pago acordado. Recalcando la importancia de las contribuciones voluntarias, Argentina instó a la Oficina a que siguiera tratando de aumentar este recurso para aumentar los fondos fiduciarios.

210. El Delegado de Canadá se lamentó de que todavía no se hubiera pagado la cuota total de su país como consecuencia de un cambio de gobierno y nuevos reglamentos financieros, pero aseguró que el pago se efectuaría pronto. Con respecto a las contribuciones voluntarias para las áreas prioritarias, Canadá había estado colaborando estrechamente con la OPS para proporcionar recursos extrapresupuestarios por medio de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional para las cuatro áreas prioritarias de la infección por el VIH/sida, la preparación para una pandemia, el fortalecimiento de los recursos humanos de salud, y el fortalecimiento institucional.

211. La Directora señaló que Colombia también había hecho una contribución para el 2007, uniéndose a Guatemala y Barbados, que también habían efectuado las contribuciones por adelantado. Expresó su agradecimiento a los Estados Unidos de América, España y Suecia por haber efectuado contribuciones importantes para la Organización, adoptando un enfoque programático de varios años. En la semana precedente, por primera vez, el Comité del Parlamento Español para la Cooperación Internacional y el Desarrollo habían visitado la OPS, y aún más recientemente se había hecho una mención muy positiva de la OPS durante los debates del presupuesto en el Congreso de los Estados Unidos. Esos acontecimientos reflejaban una participación creciente de los parlamentos de muchos países en los debates sobre la salud en el contexto del presupuesto, lo que solía traducirse en un aumento de la porción del presupuesto asignada a la salud. Paraguay y Ecuador eran ejemplos de países cuyo presupuesto sanitario había aumentado recientemente a partir de un nivel muy bajo. Los parlamentos de los países donantes también parecían comprender mejor el trabajo que realizaba la Organización y los beneficios de la cooperación internacional en materia de salud. Esa comprensión más profunda estaba dando frutos en la elevación del nivel de pago, de las cuotas del presupuesto ordinario y las contribuciones voluntarias.

212. Por último, deseaba aclarar que el monto de \$11.934 en concepto de contribuciones voluntarias se relacionaba con la disposición de la resolución para la aprobación del presupuesto por programas para el ejercicio financiero 2006-2007 (resolución CD46.R8), en la que se alentaba a los Estados Miembros a aumentar sus contribuciones voluntarias para satisfacer las necesidades indicadas en la situación hipotética del 2% descrita en el *Documento oficial 317*.

213. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE138.R15, en la que se agradece a los Estados Miembros que ya habían efectuado sus pagos para 2006 y se insta a los demás Estados Miembros a pagar el total de sus cuotas pendientes cuanto antes.

***Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo, 2004-2005 (Documento oficial 323)***

214. La Sra. Sharon Frahler (Directora Interina de Administración, OPS) presentó el *Documento oficial 323*, que contenía el informe de la Directora sobre las transacciones financieras de la OPS durante el período del 1 de enero de 2004 al 31 de diciembre de 2005, así como los estados financieros del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) y el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP).

215. Según el informe, los ingresos totales de la Organización, tomando en cuenta todas las fuentes, habían ascendido a \$799 millones, un aumento de \$47 millones, o sea, 6%, por comparación con el bienio 2002-2003. Los gastos totales después de las eliminaciones habían aumentado en \$68 millones, a un total de \$786 millones para el bienio. La Organización Mundial de la Salud había proporcionado \$72,5 millones para las actividades del presupuesto ordinario de la Región de las Américas, \$710.000 menos que en el bienio anterior. Por otro lado, la OMS también había aumentado considerablemente su financiamiento de proyectos extrapresupuestarios, proporcionando \$31 millones, por comparación con \$13 millones en el bienio anterior. Sin embargo, la Oficina Regional de las Américas había podido ejecutar sólo \$24 millones de ese monto, ya que los fondos para proyectos no se habían recibido hasta casi el final del bienio.

216. La situación financiera de la OPS era sólida, debido en gran medida a la gestión financiera conservadora de la Organización durante el bienio. Con los pagos de las cuotas de todos los Estados Miembros y los \$11,5 millones en concepto de ingresos varios, provenientes principalmente de intereses devengados, el excedente de ingresos sobre gastos del presupuesto ordinario había alcanzado \$6 millones. Para financiar la compra del equipo de tecnología de la información, sistemas telefónicos y aplicaciones esenciales de software, la Organización había transferido \$3,4 millones al Fondo de Bienes de Capital. Por lo tanto, \$2,6 millones fueron transferidos al Fondo de Trabajo, que aumentó su saldo a \$14,2 millones el 31 de diciembre de 2005.

217. Las situaciones financieras de CAREC y de INCAP también seguían siendo fuertes, aunque el nivel de los fondos recibidos para las actividades programáticas financiadas mediante arreglos extrapresupuestarios había disminuido para ambos centros durante el bienio. Mientras la situación financiera de CFNI había mejorado levemente, en su fondo de trabajo había un déficit de \$364.000. Sus proyectos con fondos fiduciarios financiados por donantes y socios habían aumentado.

218. El Informe del Auditor Externo fue presentado por el Sr. Graham Miller (Representante del Auditor Externo), en nombre del Auditor Externo, sir John Bourn, de la Oficina Nacional de Auditoría del Reino Unido. Señaló que la intención del proceso de la auditoría externa completamente independiente era proporcionar a los Estados Miembros y Cuerpos Directivos observaciones y asesoramiento eficaz de gran calidad. Por lo tanto, el proceso constituía un mecanismo importante de gobernanza. Estaba encantado de confirmar que, después de un escrutinio riguroso, independiente y objetivo de las cuentas y operaciones de la Organización, los auditores no habían encontrado puntos débiles ni errores que pudieran ser importantes para la validez de los estados financieros en su totalidad. Por consiguiente, a los auditores externos les complacía emitir un dictamen de auditoría sin reservas acerca de los estados financieros correspondientes al período del 1 de enero de 2004 al 31 de diciembre de 2005, para la OPS y para el INCAP.

219. Los resultados financieros para el bienio revelaban que la Organización tenía una situación financiera relativamente sólida, aunque la tasa de recaudación de las contribuciones señaladas había bajado a 73%, por comparación con el 77% de cada uno de los dos bienios anteriores. Por otro lado, la recaudación de las contribuciones de años anteriores había aumentado notablemente.

220. Los auditores habían visitado la sede de la OPS y también habían hecho visitas de auditoría a dos centros subregionales, seis oficinas de país y tres centros regionales. Se habían enviado cartas sobre asuntos de gestión para informar sobre esas visitas a la administración de la OPS. La situación financiera de los centros subregionales CAREC y CFNI había mejorado en 2004-2005. En el informe de auditoría pueden consultarse los comentarios pormenorizados. Aunque el nivel del control financiero ejercido en las oficinas sobre el terreno era generalmente alto, los auditores habían hecho varias observaciones y recomendaciones en cartas separadas a la administración.

221. Los auditores habían seguido concentrando su atención en la importancia de la buena calidad de los arreglos de gobernanza, en particular con respecto a la supervisión interna, los posibles beneficios de un comité de auditoría, los arreglos para controlar los riesgos operativos, la conducta ética esperada y las normas de notificación financiera. La supervisión interna y las actividades de auditoría interna habían sufrido una escasez sustancial de recursos en la OPS durante el bienio, por la cancelación de 20 de los 36 exámenes e informes planificados. En la actualidad, ambos puestos de auditoría interna en la sede de la OPS estaban vacantes. Eso era motivo de inquietud creciente para los auditores, que instaban a que la restitución de un grado suficiente y uniforme de supervisión interna se siguiera considerando un asunto de prioridad.

222. Los comités de auditoría eran un elemento bien establecido de los arreglos de buen gobierno y un apoyo al control interno y la gestión de riesgos en una organización. Las Naciones Unidas estaban adoptando medidas para mejorar sus arreglos de gobernanza

mediante el establecimiento de un comité consultivo independiente de supervisión, que la OPS debería considerar como modelo.

223. La gestión eficaz de los riesgos operativos era un elemento importante del buen gobierno, para apoyar el logro de los objetivos de una organización a un costo aceptable. Si bien el personal podría estar gestionando los riesgos intuitivamente, la OPS no tenía ningún marco para la gestión sistemática de los riesgos institucionales a un nivel estratégico. Los auditores recomendaban la inscripción sistemática de los riesgos en un registro de riesgos. Los auditores también recomendaban que la OPS adoptara las Normas Internacionales de Contabilidad Pública (NICP), de acuerdo con el resto del sistema de las Naciones Unidas. Estas Normas eran más estrictas que las Normas de Contabilidad del Sistema de las Naciones Unidas, actualmente en uso, y proporcionarían una notificación financiera más eficaz.

224. Los auditores habían efectuado una auditoría cuidadosa del traslado de las operaciones de la macrocomputadora de la OPS, en Washington, al Centro Internacional de Cálculos Electrónicos de las Naciones Unidas, en Ginebra, para comprobar la integridad de los datos financieros y de otro tipo. La transferencia se había planificado, validado y probado debidamente, y se habían tomado las medidas de seguimiento apropiadas.

225. Había habido progreso sustancial en la aplicación de las recomendaciones formuladas en el informe del Auditor Externo para 2002-2003, el informe especial de 2004 y el informe de seguimiento de 2005. La Organización había introducido un nuevo Código de Principios Éticos y Conducta, había exigido al personal que presentara una declaración de interés, había nombrado a un mediador y había avanzado en la creación del Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos para tratar quejas e imputaciones. Se estaba elaborando un sistema para llevar un registro de los consultores a corto plazo y los profesionales a corto plazo acreditados, y se estaba contratando tal personal basándose en concursos abiertos.

226. El Comité Ejecutivo expresó su satisfacción de que una vez más la auditoría hubiera emitido un dictamen sin reservas sobre las cuentas de la OPS y recibió con beneplácito la opinión sobre el progreso logrado en el cumplimiento de las recomendaciones anteriores del Auditor Externo, pero expresó su inquietud ante las deficiencias constantes en la supervisión interna. La recomendación del Auditor Externo de que se establezca un comité de auditoría se consideraba una idea interesante, y algo que convenía tener en mente en el contexto de la creación del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración.

227. Refiriéndose a las contribuciones voluntarias, los delegados lamentaban que sólo \$24 millones de los \$31 millones asignados por la OMS se pudieran usar y se preguntaba si el asunto debería someterse a la consideración de la OMS. Se solicitó una aclaración acerca del destino de los \$7 millones que no se habían usado.

228. Con respecto al cambio potencial a las Normas Internacionales de Contabilidad Pública, se señaló que la Asamblea General de las Naciones Unidas todavía no había tomado una decisión definitiva sobre la adopción de las nuevas normas de contabilidad, y que la OPS no debería proseguir con su aplicación hasta que lo anterior ocurriera.

229. La Sra. Frahler agradeció al Comité que tomara nota del dictamen sin reservas de los auditores. La Organización siempre se esforzaba por recibir tal aprobación de sus cuentas, pero nunca pretendía considerarla como una conclusión prevista. Con respecto a la recomendación para formar un comité de auditoría, la Oficina opinaba que ello dependía de que los Estados Miembros y los Cuerpos Directivos determinaran si el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración cumpliría esa función. Señaló que la Directora había negociado recientemente el préstamo de la OMS de tres auditores internos durante el verano para llenar los vacíos en los Servicios de Supervisión Interna de la OPS.

230. El asunto de las contribuciones voluntarias de la OMS era de sumo interés para la OPS. La OPS procuraba constantemente identificar proyectos para su ejecución conjunta con la OMS, usando fondos extrapresupuestarios, pero la OMS tendía a tardar en transmitir los fondos extrapresupuestarios a la Oficina Regional hasta el final del bienio. Hasta el presente, en el bienio en curso, se habían recibido de la OMS \$13 millones, y por lo tanto la tasa de desembolso era más rápida que en el bienio anterior. Sin embargo, sencillamente no había tiempo suficiente para realizar los proyectos si los fondos se recibían durante los meses de cierre del segundo año de un bienio. Cualquier medida que pudieran adoptar los Estados Miembros para instar a la OMS a que efectúe la transferencia de fondos antes, se apreciaría enormemente.

231. Explicó que los fondos no utilizados se devolvieron a la OMS. Normalmente, la OPS volvería a recibir los fondos otra vez en el siguiente bienio, pero había luego un problema de doble cuenta: si, por ejemplo, la OPS recibiera esos \$7 millones nuevamente en 2006-2007, en la contabilidad parecería que la OPS había recibido \$7 millones más, en lugar del dinero al que tenía derecho en 2004-2005.

232. Con respecto a las Normas Internacionales de Contabilidad Pública, entendía que la Quinta Comisión de la Asamblea General de las Naciones Unidas estaría aprobando el cambio a las normas nuevas en las dos semanas siguientes, para cumplir con la fecha de ejecución prevista del 1 de enero de 2010. La OPS tenía la intención de esperar el liderazgo de las Naciones Unidas antes de hacer el cambio.

233. La Directora estuvo de acuerdo en que la supervisión interna todavía era una dificultad. El préstamo de los tres auditores temporeros de la OMS durante el verano al menos llevaría a cierto grado de avance en el programa de auditoría interna. Era importante señalar, sin embargo, que la Organización no había permanecido completamente ociosa con respecto a sus responsabilidades de realizar análisis e informes, como se podía comprobar por los informes de evaluación sobre la oficina de país de Guyana, el programa contra la infección por el VIH/sida y las prácticas de viaje, entre otros. Además, no solo se

habían creado todos los puestos que había recomendado anteriormente el Auditor Externo, sino que también se habían hecho las contrataciones.

234. En cuanto a las contribuciones voluntarias, señaló que la OMS había creado un comité consultivo sobre la gestión de los recursos ordinarios y las contribuciones voluntarias, así como las asignaciones a las oficinas regionales y programas de país. Era la única Directora Regional en ese comité.

235. Para terminar, deseaba rendir homenaje a la capacidad del personal de la Organización, en particular a sus gerentes, al mantener controlados los gastos, lo cual había dado como resultado un excedente de ingresos sobre gastos de \$6 millones.

236. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE138.R14.

***Informe sobre las actividades de los Servicios de Supervisión Interna (documento CE138/20)***

237. La Sra. Frahler, al presentar el informe sobre este punto, dijo que el Sr. Kenneth Langford, Director de la Oficina de Servicios de Supervisión Interna de la OMS, no había podido asistir a la reunión. Sin embargo, a la oradora le complacería responder a cualquier pregunta que tuviera el Comité acerca del informe que figura en el documento CE138/20.

238. En el debate que siguió, se le pidió a la Sra. Frahler que pusiera al corriente al Comité sobre el examen de las cadenas de responsabilidades entre los equipos de Supervisión Interna de la OPS y la OMS, que se mencionaba en el documento CE138/20. También le pidieron que proporcionara información adicional al Comité sobre los planes y el cronograma de la OPS para resolver los puntos débiles en los controles internos determinados en las auditorías efectuadas por la Oficina de Servicios de Supervisión Interna.

239. El Delegado de Chile informó al Comité de un proceso que estaba poniendo en marcha el Ministerio de Salud chileno en colaboración con la oficina de país de la OPS con miras a maximizar las repercusiones de la cooperación técnica de la OPS y lograr la transparencia en el uso de los recursos. El proceso comprendía cuatro componentes principales: 1) el establecimiento de una relación institucional definida, con límites perfectamente establecidos en la comunicación y la responsabilidad; 2) el trabajo técnico para determinar las prioridades sanitarias del país y determinar el aporte de la cooperación de la OPS al logro de dichas prioridades; 3) la confección de proyectos concretos con productos reconocibles, junto con los recursos humanos y financieros necesarios para lograr los resultados deseados; y 4) la elaboración de los métodos para el seguimiento y la evaluación de los resultados. El Ministerio de Salud seguía colaborando con la oficina de país para refinar el proceso, pero ya en 2005-2006 había creado varios productos concretos.

240. La Sra. Frahler, respondiendo a las preguntas sobre las cadenas de responsabilidades, explicó que, en el sistema de notificación actual, el Auditor Principal de la OPS, que ocupaba un puesto P5 financiado por la OMS, era responsable directamente ante el Director de la Oficina de Servicios de Supervisión Interna en la OMS. El segundo nivel de supervisión para ese puesto lo compartían la Directora de la OPS y el Director General de la OMS. Con respecto a los otros dos puestos de auditoría en la OPS, el segundo nivel de supervisión era solamente la Directora de la OPS. Para evitar dividir el segundo nivel de supervisión del puesto de Auditor Principal, la secretaría de la OPS había propuesto que el primer nivel de responsabilidad para el puesto P5 en la OPS fuera el puesto de auditor P6 recién reclasificado en la sede de la OMS y el segundo nivel fuera la Directora de la OPS. Por lo tanto, habría uniformidad en el segundo nivel de supervisión de todos los puestos de auditores en la OPS. La secretaría de la OPS esperaba que la propuesta se aprobara oficialmente en las próximas dos semanas.

241. Con respecto a las medidas que se estaban adoptando para resolver los puntos débiles de los controles internos, la Oficina estaba trabajando continuamente para velar por que los recursos de la Organización se administraran en conformidad con las reglas aplicables. En el área de las adquisiciones, por ejemplo, donde los auditores habían encontrado varios puntos débiles, la Oficina había organizado una serie de seminarios de capacitación para que el personal encargado de las adquisiciones en las oficinas de país repasara sus conocimientos de las normas y procedimientos de adquisiciones. La Oficina también ofrecería sesiones de capacitación de perfeccionamiento para todo el personal de finanzas y presupuesto de la Organización en la sede de la OPS, en octubre de 2006.

242. Para mejorar los controles internos en las oficinas de país y los centros panamericanos, y que los representantes de la OPS/OMS y los directores de los centros pudieran asumir la responsabilidad financiera total de sus oficinas o centros respectivos, la Oficina se estaba ocupado de un proceso de varios pasos con miras a abordar los puntos débiles y proporcionar la capacitación que necesitara el personal, y que culminaría con la firma anual de cartas de representación por todos los representantes y directores de centros —similares a las cartas de certificación que aparecen al comienzo del Informe Financiero de la Directora— en las que declaren que no saben de ninguna razón por la cual la Directora no debiera firmar la certificación de sus estados financieros.

243. La Directora dijo que, además de las actividades mencionadas por la Sra. Frahler, la Oficina estaba vigilando y adaptando constantemente sus procedimientos contables y sus controles en conformidad con los cambios en los reglamentos y las leyes nacionales que influían en elementos del financiamiento de la cooperación técnica de la OPS a nivel de país; por ejemplo, los controles en el asiento de los requisitos de divisas, fiscales y en materia de informes para los sueldos de los consultores y demás personal, y los impuestos o las exoneraciones de impuestos aplicables a las adquisiciones de la Organización en un país particular. Al mismo tiempo, la OPS estaba aprendiendo de las medidas que los

Estados Miembros y sus ministerios de salud estaban adoptando para mejorar la rendición de cuentas y la transparencia en sus países.

244. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe, pero no consideró necesario adoptar una resolución sobre este tema.

***Modificaciones del reglamento financiero (documento CE138/21)***

245. La Sra. Frahler explicó que la finalidad de las modificaciones del Reglamento Financiero propuestas en el documento CE138/21 tenían por objeto armonizar mejor el Reglamento Financiero de la OPS, y por lo tanto sus gastos financieros, con la ejecución de proyectos, al objeto de apoyar la gestión orientada a la consecución de resultados. El Reglamento Financiero actual de la Organización, que cumplía con las Normas de Contabilidad de Sistema de las Naciones Unidas, exigía que los gastos de la Organización a fines de un ejercicio financiero no solo incluyeran los desembolsos y las cuentas por pagar a esa fecha, sino también el pasivo pendiente. Tal pasivo comprendía los compromisos financieros para los servicios de personal, las adquisiciones de suministros, los contratos y otros temas actualmente en proceso, pero que no terminarían hasta el siguiente ejercicio financiero.

246. Las modificaciones del Reglamento Financiero propuestas exigían que los gastos de la Organización incluyeran sólo los recursos financieros necesarios para las actividades que ya se habían terminado, o que se necesitaban terminar según las condiciones contractuales, el último día de un ejercicio financiero dado. Los gastos, por lo tanto, corresponderían más directamente al nivel de la ejecución de los proyectos. Es más, los cambios propuestos colocarían a la Organización en mejores condiciones para la transición a las Normas Internacionales de Contabilidad Pública, en enero de 2010. Además, los cambios propuestos reflejarían las nuevas “prácticas óptimas” en materia de informes financieros.

247. El Comité Ejecutivo respaldó las revisiones propuestas, considerando que si los cambios mejoraban la calidad de los informes financieros y también apoyaban la gestión orientada a la consecución de resultados, deberían ponerse en efecto. Un miembro también señaló que los cambios propuestos estaban estrechamente relacionados con la evaluación de la ejecución del presupuesto bienal por programas.

248. La Sra. Frahler agradeció el apoyo del Comité Ejecutivo a medida que la OPS avanzaba hacia la transición a las Normas Internacionales. Las Naciones Unidas habían alentado encarecidamente a los organismos a que comenzaran a hacer los cambios de una vez para evitar problemas posteriormente en la aplicación de las Normas Internacionales, y las revisiones propuestas eran un ejemplo de tales cambios.

249. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE138.R6, por la cual recomienda que el 47.º Consejo Directivo apruebe las modificaciones propuestas al Reglamento Financiero.



***Proceso para el nombramiento del Auditor Externo (CE138/22)***

250. La Sra. Linda Kintzios (Tesorera y Jefa de Análisis Financiero, Sistemas y Gestión de Fondos, OPS), en la presentación del documento CE138/22, observó que el nombramiento del Auditor Externo actual de la OPS terminaría al finalizar la auditoría del ejercicio financiero 2006-2007. En consecuencia, la Directora estaba sometiendo a la consideración del Comité un procedimiento propuesto para el nombramiento del Auditor Externo de la Organización Panamericana de la Salud para los ejercicios financieros 2008-2009 y 2010-2011.

251. El Comité Ejecutivo estuvo de acuerdo con el procedimiento propuesto. Se sugirió que en la documentación que se iba a presentar al Consejo Directivo se incorporara la información acerca de auditores externos anteriores y una evaluación por la Directora del trabajo que habían hecho.

252. La Sra. Kintzios explicó que, si bien a ella le complacería suministrar la información adicional sobre las auditorías del pasado, la Oficina Nacional de Auditoría del Reino Unido había sido el Auditor Externo de la OPS durante casi 30 años. Por este motivo, era la primera vez en la historia reciente de la Organización que había investigado otros servicios que pudieran estar disponibles.

253. La Directora aclaró que el nombramiento del Auditor Externo en el pasado no se había hecho por concurso. Más bien, había sido un proceso de renovación del nombramiento existente. El enfoque competitivo propuesto se había preparado a petición de los Estados Miembros y también para armonizar la práctica de la OPS con la de la OMS.

254. Después de las explicaciones de la Sra. Kintzios y la Directora, el Comité Ejecutivo llegó a la conclusión de que la información suministrada era suficiente. El Comité aprobó la resolución CE138.R5, por la cual recomienda que el 47.º Consejo Directivo apruebe el proceso propuesto para la presentación de candidaturas y el nombramiento del Auditor Externo en la 27.ª Conferencia Sanitaria Panamericana.

***Proceso para implantar la nueva escala de cuotas con base en la nueva escala de la OEA (CE138/23, rev. 1)***

255. El Sr. Román Sotela (Jefe, Planificación y Presupuesto por Programas, OPS) describió el contenido del documento CE138/23, Rev.1, destacando las dos opciones que tenía que considerar el Comité Ejecutivo acerca de la adopción de una escala nueva de cuotas para la OPS, de conformidad con la aprobación por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA) de una nueva escala transitoria de cuotas, en enero de 2006. Esas opciones eran: 1) aplicar una escala revisada de cuotas durante el bienio en curso, o 2) diferir la aplicación de la escala revisada hasta el bienio 2008-2009.

Observó que, si el Comité recomendaba la primera opción, sería necesario ajustar las contribuciones asignadas de los Estados Miembros para el 2007.

256. En el debate que siguió, se aclaró que los Cuerpos Directivos de la OPS no tenían la opción de no aceptar la escala nueva, ya que la OPS estaba obligada, según los términos del Código Sanitario Panamericano, a ajustar su escala de cuotas cuando se revisaba la escala de la OEA. La única opción abierta a los Estados Miembros de la OPS era el momento de aplicar la escala nueva.

257. El Comité opinó que sería prematuro y no sería conveniente que la OPS aplicara una escala nueva de cuotas a la mitad del bienio en curso, sobre todo porque la escala aprobada por la OEA para el 2007 era transitoria. El consenso de los Miembros era que la aplicación de una escala nueva debería diferirse a 2008-2009, cuando la OEA habría terminado su revisión y adoptado una escala definitiva. Los delegados expresaron su agradecimiento a la Oficina por hacer del conocimiento de los Estados Miembros este asunto con mucha antelación a fin de darles tiempo para hacer los ajustes necesarios en sus presupuestos nacionales.

258. En respuesta a una pregunta con respecto al método usado por la OEA para calcular las nuevas cuotas, el Sr. Sotela dijo que no sabía exactamente cuál era el método que se había usado para determinar los aumentos o reducciones relativos de los porcentajes asignados a los diversos Estados Miembros conforme a la escala transitoria revisada. Sin embargo, sí sabía que el fin último del proceso de revisión era llegar a una escala que fuera más equitativa y que reflejara mejor la capacidad de los países para pagar, en conformidad con los términos del Artículo 55 de la Carta de la OEA.

259. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE138.R3, por la cual recomienda que el Consejo Directivo aplase la adopción de la escala revisada de las cuotas hasta que se haya finalizado la nueva escala de la OEA.

## **Asuntos de personal**

### ***Modificaciones del Reglamento del Personal de la OSP (documento CE138/24)***

260. La Sra. Dianne Arnold (Gerente de Área, Gestión de Recursos Humanos, OPS) explicó que los cambios del Reglamento del Personal de la OSP propuestos en el documento CE138/24 pertenecían a tres categorías: los cambios hechos para alinearlos con las modificaciones adoptadas por el Consejo Ejecutivo de la OMS en su 117.<sup>a</sup> reunión; los cambios en aras de la buena dirección de personal; y las correcciones editoriales de menor importancia. También se propusieron las revisiones a los sueldos anuales de la Directora, el Director Adjunto y el Subdirector.

261. Se habían solicitado los puntos de vista de la Asociación de Personal sobre las modificaciones propuestas, la cual había expresado reservas sobre una disposición con respecto a la licencia por enfermedad contenida en el párrafo 740.2. Como consecuencia, la Oficina estaba retirando la propuesta para insertar la frase “aprobada por el médico del personal” hasta que se celebraran consultas adicionales en el Comité Consultivo Mixto.

262. El Sr. Godfrey Xuereb (Representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS), confirmó el apoyo de la Asociación a los cambios propuestos, con la excepción de la disposición contenida en el párrafo 740.2, que la Asociación de Personal consideraba una carga para la administración, y que podría llevar a conflictos éticos y profesionales, además de ir en contra de la tendencia actual de la OPS de descentralizar los asuntos administrativos. La Asociación de Personal apoyó plenamente el cambio propuesto en el párrafo 740.4, y opinaba que el cambio en el párrafo 740.2 debería introducirse con el mismo espíritu de dar al médico del personal la autoridad para validar la licencia por enfermedad, si se despertaban sospechas de abuso. Por lo tanto, la Asociación de Personal apoyó la propuesta de que este cambio preciso se enviara de vuelta al Comité Consultivo Mixto.

263. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE138.R7, por la cual confirma las modificaciones propuestas del Reglamento del Personal y el establecimiento del sueldo bruto anual del Director Adjunto y del Subdirector con efecto desde el 1 de enero de 2006.

264. El Comité también aprobó la resolución CE138.R8, por la cual recomienda que el 47.º Consejo Directivo apruebe las modificaciones propuestas del Estatuto del Personal, tome nota de las modificaciones del Reglamento del Personal y fije el sueldo bruto anual de la Directora con efecto desde el 1 de enero de 2006.

***Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS (documento CE138/25)***

265. La Sra. Olga Carolina Báscones (Presidenta, Asociación de Personal de la OPS/OMS) resumió el contenido del documento CE138/25, en el que se presentaban los asuntos que la Asociación de Personal deseaba hacer del conocimiento del Comité Ejecutivo. Destacó en particular las inquietudes de la Asociación de Personal con respecto al fortalecimiento de la capacidad de gestión y liderazgo, subrayando la necesidad de mejorar las aptitudes de gestión de los directivos de la OPS, especialmente en el área de la gestión del personal. También reiteró el punto de vista de la Asociación de Personal de que la OPS debería adoptar un método de 360 grados para las evaluaciones del desempeño y observó la inquietud constante de la Asociación de Personal por la práctica de la contratación de los jubilados para llevar a cabo las responsabilidades del personal permanente.

266. Concluyendo su presentación, señaló a la atención del Comité Ejecutivo un asunto que no se mencionaba en el documento CE138/25. A varios funcionarios de la OPS de

nacionalidad cubana recientemente se les habían congelado sus cuentas de cheques y de ahorros y sus tarjetas de crédito con la Cooperativa de Crédito Federal de la OPS/OMS, de conformidad con una ley nacional de los Estados Unidos de América. La Asociación de Personal consideraba la situación una afrenta a los derechos de esas personas dada su calidad de funcionarios públicos internacionales, que se reconocía en todo el mundo y que los hacía acreedores de ciertas prerrogativas e inmunidades por lo cual no debían estar sujetos a tales leyes, a menos que hubieran cometido un delito, que no era el caso. La Asociación de Personal apeló al Comité Ejecutivo para que hiciera todo lo posible para que se descongelaran esas cuentas.

267. El Delegado de Cuba apoyó la postura de la Asociación de Personal de que el Comité Ejecutivo debería protestar ante una ley nacional que estaba infringiendo los privilegios de los funcionarios públicos internacionales.

268. La Sra. Báscones reiteró el compromiso del personal de seguir trabajando para fomentar los objetivos de la Organización. Con respecto al asunto de los colegas cubanos cuyas cuentas se habían congelado, reiteró su idea de que el Comité Ejecutivo era el cuerpo apropiado, ya que estaba integrado por los representantes de los gobiernos, para expresar la solidaridad con los funcionarios afectados y protestar contra tal medida injustificada.

269. El Presidente dijo que, para aclarar más el punto, deseaba informarle al Comité que el asunto era la responsabilidad exclusiva de la Cooperativa de Crédito, que habría de resolverse en lo posible con el apoyo de la administración de la OPS y la Asociación de Personal, con la colaboración de todas las delegaciones, incluida la de los Estados Unidos de América en lo que compete a su Gobierno. Confió en que la Cooperativa de Crédito adopte las medidas necesarias lo más rápido posible, con el apoyo de todas las partes involucradas.

## **Asuntos de información general**

### ***Actualización sobre el proceso de fortalecimiento institucional de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CE138/26)***

270. El Dr. Roberto Dullak Peña (Representante del Subcomité de Planificación y Programación) informó que, en marzo, la Directora había puesto al corriente al Subcomité sobre el progreso más reciente logrado en el proceso de fortalecimiento institucional actualmente en marcha, destacando en particular los pasos que se habían tomado en cumplimiento de las resoluciones CD46.R2 y CD46.R8, aprobadas por el 46.º Consejo Directivo, en 2005. También había informado sobre la situación de la Hoja de ruta para la iniciativa de transformación institucional.

271. El Subcomité había expresado su agradecimiento por el compromiso continuo de la Oficina con el fortalecimiento institucional, y los Miembros habían elogiado el progreso

logrado en la tarea compleja de consolidar y poner en práctica las numerosas recomendaciones y propuestas del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI, el Auditor Externo, los Servicios de Supervisión Interna y la Dependencia Común de Inspección de las Naciones Unidas. El Subcomité había alentado a la Oficina a continuar su labor para completar los cambios institucionales propuestos a fines de 2007 para establecer una plataforma sólida desde la cual lanzar el Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana 2008-2012 y ponerlo en práctica.

272. A petición de la Directora, la Dra. Judith Navarro (Gerente de Área, Publicaciones, OPS) resumió los resultados de un estudio de investigación de mercado realizado en el marco de la Iniciativa de comunicación externa, una de las 11 iniciativas de la Hoja de ruta. La finalidad del estudio era determinar la percepción que tenían de la OPS los Estados Miembros, los interesados directos externos y el personal, y encontrar el nicho de la Organización dentro del ámbito del desarrollo internacional. Los resultados habían revelado lo que los entrevistados consideraban los puntos fuertes y débiles de la OPS y la forma como pensaban que la Organización se comparaba con otros organismos internacionales y nacionales. El informe completo sobre el estudio se podían encontrar en el sitio web de la OPS [www.paho.org/publishing](http://www.paho.org/publishing). Los resultados se usarían para mejorar la cooperación técnica de la Organización con los Estados Miembros, especialmente mediante una descentralización más extensa de las operaciones; más hincapié en los grupos más vulnerables; la comunicación sistemática de las recomendaciones, consecuencias y seguimiento de las investigaciones y experiencias de aprendizaje; y el establecimiento de alianzas estratégicas.

273. La Directora informó después acerca del progreso más reciente en el proceso de fortalecimiento institucional, como complemento a la información contenida en el documento CE138/26 y centrándose sobre todo en los adelantos en las esferas siguientes: 1) la colocación de la OPS al nivel más alto, 2) el mejoramiento de la sostenibilidad financiera, 3) la reestructuración de la fuerza laboral, 4) la consolidación de la responsabilidad individual e institucional, y 5) la promoción del alineamiento estratégico de los recursos. En la primera esfera, la OPS estaba encargada de varias actividades, incluida la participación del Grupo de Directores Regionales de organismos de las Naciones Unidas y el Grupo de Directores Regionales en VIH/sida, el Grupo de Revisión e Implementación de Cumbres de la OEA y la Reunión de Directores/Presidentes de los organismos interamericanos. La Organización había podido usar su naturaleza dual para promover la colaboración mutuamente beneficiosa entre el sistema de las Naciones Unidas y el sistema interamericano en varios campos. En la segunda esfera, la recaudación de las cuotas había mejorado, lo cual había aumentado la estabilidad en el Fondo de Trabajo. Los ingresos totales habían aumentado, gracias en gran parte al crecimiento sustancial de las transacciones del Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización para la Compra de Vacunas. Las contribuciones voluntarias habían alcanzado un nivel alto histórico, de \$137 millones, en el bienio 2004-2005.

274. Con respecto a la tercera esfera, en respuesta a las recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI, 19 puestos se habían descentralizado al nivel de país y otros 19 puestos regionales, subregionales y entre países se habían creado fuera de la sede de la OPS para atender mejor las necesidades de los Estados Miembros. También había sido un avance el que aumentara el número de mujeres que ocupaban puestos profesionales y mejorara el equilibrio entre los sexos en la fuerza laboral de la OPS. Con respecto a la cuarta esfera, entre otros logros, los puestos de Mediador y Oficial de Ética se habían llenado, y se había creado la Unidad de Desarrollo Institucional y se había nombrado un Asesor Principal para que encabezara la Unidad, que tenía la función de ejecutar la gestión orientada a la consecución de resultados, entre otras.

275. Por último, en la quinta esfera, se habían realizado varias actividades con miras a canalizar los recursos de la Organización para responder mejor a las prioridades determinadas por los Estados Miembros. Se trata de la Evaluación Estratégica y Alineación de Recursos (SARA), cuyo objetivo es lograr que los objetivos, las funciones y los recursos de las diversas unidades de la Oficina se definan debidamente y con precisión para alinearlos con las prioridades estratégicas de la Organización.

276. El Comité Ejecutivo agradeció a la Directora su informe integral y felicitó a la Oficina por su progreso en el fortalecimiento institucional. Los miembros recalcaron que este debía ser un proceso continuo y alentó a la Oficina a que siguiera trabajando para abordar los puntos débiles que se mencionaban en el documento CE138/26 y en el informe del estudio de investigación de mercado.

277. Un delegado, señalando que la Evaluación Estratégica y Alineación de Recursos parecía similar al Sistema Mundial de Gestión de la OMS, pidió una actualización de los planes de la OPS con respecto a la adopción de dicho sistema. Otro delegado preguntó si, considerando los resultados del estudio de investigación de mercado, la Oficina se proponía adoptar alguna medida, como una campaña de información, para mejorar la idea que tenía el público de la Organización y aumentar su visibilidad en países donde no la conocieran.

278. La Directora dijo que no había ningún plan actualmente para montar una campaña concreta para aumentar la visibilidad pública de la Organización, aunque la Oficina estaba llevando a cabo campañas para los medios de comunicación que se preveía que llegaran a determinadas audiencias, notablemente los jóvenes, con mensajes sanitarios. También estaba explorando medios de aumentar la conciencia sobre la Organización y su trabajo en Canadá y los Estados Unidos, donde la OPS no se conocía ampliamente. En los Estados Unidos, por ejemplo, la Oficina se estaba asociando con el equipo de baloncesto de Washington, los Wizards, en una iniciativa de promoción de la salud en la zona de Washington, D.C. Mediante tales actividades, la Oficina podría mejorar la visibilidad de la OPS sin tener que asignar recursos particulares a esta finalidad.

279. Con respecto a la Evaluación Estratégica y Alineación de Recursos, se parecía más a la Orientación Estratégica y Examen de Competencias de la sede de la OMS, aunque los objetivos de esta última eran algo diferentes. En cuanto al Sistema Mundial de Gestión de la OMS, que sería un sistema integrado de información para la gestión, la OPS había estado participando en su desarrollo durante los dos últimos años, pero la Oficina estaba todavía sopesando los pros y contras de adoptar el sistema. Como se había informado al Subcomité de Planificación y Presupuesto, en marzo, el costo de adoptarlo se estimaba en \$10 a \$12 millones. La Oficina tenía la intención de presentar una orientación sobre el Sistema Mundial de Gestión bajo “Otros asuntos”, y seguiría manteniendo informados a los Estados Miembros sobre el particular, ya que a la larga recaería en los Estados Miembros decidir si la OPS debía adoptar el sistema y, en ese caso, determinar la fuente del financiamiento necesario.

280. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

***Examen de los centros panamericanos (documento CE138/INF/1)***

281. El Dr. Roberto Dullak Peña (Representante del Subcomité de Planificación y Programación) informó que se había presentado una versión anterior del documento sobre este tema al Subcomité en su 40.<sup>a</sup> sesión. En el documento se complementaba la información sobre los centros panamericanos que se había presentado al Consejo Directivo, en septiembre de 2005. Proporcionaba una actualización de la situación actual de cinco centros y sus mecanismos jurídicos, financieros y de gobernanza con la Organización. También informaba sobre el progreso en el proceso de alinear el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) y el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) con los criterios de asignaciones subregionales que se establecen en la nueva política regional del presupuesto por programas.

282. El Subcomité había aplaudido el examen efectuado por la Oficina de la organización y el funcionamiento de los centros, observando que estaba de acuerdo con el esfuerzo global de fortalecimiento institucional y transformación. Se había recalcado la importancia capital de la supervisión y la rendición de cuentas en la gobernanza de los centros. Los miembros habían estado de acuerdo en que los centros panamericanos eran un asunto de interés para todos los Estados Miembros —incluidos los que no eran beneficiarios de sus servicios— dadas las repercusiones que tenían en el presupuesto regular de la OPS/OMS. Se había sugerido que, para hacer el trabajo de los centros más trascendente para los países que no usaban directamente sus servicios, la Oficina podría considerar la posibilidad de invitar a uno o dos directores de centros cada año para que dieran a conocer el trabajo y las dificultades de dirigir un centro.

283. En el debate que siguió, el Delegado de Barbados señaló que se había llegado recientemente a un acuerdo en el Consejo para el Desarrollo Humano y Social (COHSOD) de la Comunidad del Caribe (CARICOM) para un nuevo arreglo de supervisión y

semigestión, incluidos los ministros de salud, para todo los centros relacionados con la salud en el Caribe, entre otros el CAREC y el CFNI. Con respecto a al CAREC, señaló que el acuerdo provisional sobre la gobernanza del centro vencería en diciembre de 2007, y tenía la esperanza de que la OPS ayudaría a establecer un nuevo acuerdo que conviniera a los intereses de los países de la CARICOM, la Organización y el propio centro.

284. El observador por Brasil destacó el aporte importante del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME) —que tenía su sede en su país— a la difusión de la información. El centro desempeñaba una función crítica para colmar las lagunas en los conocimientos que eran un impedimento al mejoramiento de la gestión sanitaria y al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

285. La Dra. Carissa Etienne (Subdirectora, OSP) recalcó que la Oficina continuaba colaborando con los Estados Miembros para velar por que los centros participaran con eficacia mediante aportes a la cooperación técnica de la Organización y que siguieran proporcionándoles a los países el nivel más alto de servicio. Con respecto al BIREME, la Oficina estaba colaborando con el Gobierno de Brasil para lograr más autonomía para el centro, como lo habido solicitado su comité consultivo. Al hacerlo, seguiría buscando maneras óptimas de difundir los conocimientos, reconociendo que la gestión de los conocimientos y la difusión de información eran componentes importantes de la cooperación técnica proporcionada por las organizaciones como la OPS.

286. La Oficina estaba también colaborando con los Estados Miembros del Caribe para responder a las decisiones adoptadas por el Consejo para el Desarrollo Humano y Social acerca de la gobernanza de las instituciones regionales de salud que prestaban servicio a esa subregión. Según el documento CE138/INF/1, el año pasado la Oficina había proporcionado niveles elevados de cooperación técnica para ayudar a los países del Caribe a establecer sus prioridades y responder a la necesidad de definir con precisión los mandatos centrales no solo de los centros de la OPS, sino de las cinco instituciones de salud en la región. Con respecto a CAREC, la Oficina trataría intensamente de conseguir que el nuevo acuerdo multilateral responda a las necesidades y los dictados de la Organización y los Estados Miembros. La Oficina les había asegurado a los países del Caribe que las funciones administrativas y de gestión de CAREC funcionarían mejor y también que CAREC y CFNI tenían una buena posición y suficientes recursos para prestar cooperación técnica que estuviera verdaderamente en conformidad con sus mandatos centrales.

287. La Directora señaló que la OPS había formado un comité consultivo externo para examinar el área entera de la salud pública veterinaria, incluido el trabajo del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA), que ahora incluía funciones de inocuidad de los alimentos, después del cierre del Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ). El comité había completado su trabajo en junio de 2006, y estaba preparando su informe. La Oficina preveía que el informe estuviera listo a tiempo para



incorporarlo en el documento que se presentaría sobre este tema al Consejo Directivo. Varios Miembros del Comité Ejecutivo habían participado en el comité consultivo, y deseaba agradecerles su asistencia.

288. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

***Informe de progreso sobre los preparativos y la respuesta frente a los desastres sanitarios a nivel nacional y regional (documento CE138/27 y CE138/27/Add. I)***

289. El Dr. Jean-Luc Poncelet (Gerente de Área, Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre, OPS) presentó el documento CE138/27, preparado por la Oficina de conformidad con la resolución CD46.R14. El informe sobre los progresos realizados contenido en el documento se basó en parte en una encuesta realizada por el Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre durante 2006, cuyos resultados se presentaron en el documento CE138/27, Add. I. Aunque era evidente que se había progresado considerablemente en el fortalecimiento de los preparativos para casos de desastre y la capacidad de respuesta en los países de la Región, la encuesta había revelado varias inquietudes importantes que se debían atender.

290. Una preocupación era la necesidad urgente de fortalecer el apoyo político a los programas contra los desastres de la Región, en particular establecer una conexión directa entre los programas nacionales y los niveles de toma de decisiones más altos en los ministerios de salud. Como se había puesto de manifiesto la encuesta, ese enlace directo existía en sólo 58% de los países. Otro problema importante se relacionaba con el liderazgo de los programas contra los desastres. Si bien los países de la Región en conjunto tenían un grupo de profesionales con experiencia en desastres, la persona con la experiencia más amplia no siempre era la que ocupaba el puesto principal en el programa correspondiente del país. Había que hacer un esfuerzo denodado en los próximos años para conseguir que los profesionales más apropiados se seleccionaran para esos puestos. La tercera inquietud era la necesidad de mejorar la coordinación de la respuesta a los desastres por la multitud de instituciones internas y externas involucradas. A tales fines, la OPS estaba proponiendo el mecanismo regional de respuesta descrito en el documento CE138/27. La Organización también proponía elaborar un conjunto de indicadores que los países podrían usar para medir su progreso con respecto a los preparativos y la respuesta frente a los desastres, puesto que en la actualidad no había una manera uniforme de evaluar el progreso.

291. Como conclusión, observó que la encuesta ya mencionada había abarcado sólo América Latina y el Caribe, y pedía opiniones del Comité Ejecutivo sobre si las encuestas futuras también deberían abarcar Canadá y Estados Unidos.

292. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el progreso logrado en la Región en los preparativos frente a los desastres y la reducción de su efecto sanitario. Los delegados

informaron sobre las medidas implantadas por sus gobiernos, en particular por sus ministerios de salud, para mejorar los preparativos para los desastres y responder a ellos de manera más eficaz. Algunos delegados ofrecieron compartir sus experiencias con otros países y aportar su pericia para fortalecer al equipo regional de respuesta de la OPS/OMS, como se solicita en el documento CE138/27.

293. El Delegado de Argentina observó que en diversas reuniones parecía haber privado un sentimiento entre los representantes de otros países de que Argentina era inmune a los desastres, pero, de hecho, aparte de los huracanes y las tormentas tropicales, su país era vulnerable a todos los tipos de desastres, incluidos los terremotos, las inundaciones y las erupciones volcánicas, así como los accidentes industriales y de transporte, que también podrían dar lugar a desastres complejos que reclamaran muchas víctimas. Por otro lado, destacó las dificultades para prepararse para los desastres en un país grande en el cual la capacidad de respuesta y los tipos de desastres que tenían probabilidades de ocurrir eran considerablemente distintos de una provincia a otra.

294. El Delegado de Canadá dijo que su país definitivamente deseaba participar en encuestas futuras sobre preparativos para casos de desastre. El Canadá sin duda no era inmune a los desastres naturales y estaba interesado en aprender de otros países acerca de las maneras de responder a las catástrofes. En general, opinaba que era esencial incorporar datos de Canadá y Estados Unidos cuando se presentaba información sobre los países de la Región para tener una visión verdaderamente exacta y panamericana de la situación.

295. El Delegado de Barbados señaló la necesidad de aumentar la capacidad de los hospitales de resistir una catástrofe natural. El único hospital público de Barbados, por ejemplo, estaba en una zona proclive a desastres, sujeta a inundaciones. Barbados agradeció a la OPS la ayuda brindada, y esperaba con interés que continuara la colaboración en este campo en el futuro.

296. El Dr. Poncelet agradeció a los delegados sus observaciones y apoyo constante, y expresó su gratitud a los países que habían ofrecido poner su pericia a disposición de la OPS y los demás países. Tomó nota de la observación del Delegado de Argentina sobre los diferentes tipos de amenaza, observando que había una tendencia fuerte en la Región a fijarse en los desastres más frecuentes o de más interés periodístico. Sin embargo, era fundamental prepararse para cualquier tipo de crisis que pudiera surgir. Alentó a los delegados a que transmitieran ese mensaje a los funcionarios de sus países respectivos.

297. el funcionario dijo que en lo sucesivo Canadá estaría incluida en la recopilación de información sobre los preparativos y la respuesta frente a desastres, agradeciéndole al país su apoyo considerable a la Organización en recursos materiales y personal. Con respecto a la observación de Barbados, recordó que los Estados Miembros habían aceptado la meta de conseguir que en 2015 todos los hospitales se construyeran de tal manera que siguieran funcionando después de un desastre. Aseguró al Comité que la planificación de hospitales para desastres era una prioritaria de la labor de la OPS.

298. La Directora opinó que la Región podría estar muy orgullosa de su método pionero de preparativos y mitigación en casos de desastre. En efecto, la Región de las Américas había estado exportando cada vez más su pericia a otras regiones. La ubicación de los expertos en desastres de las Américas en la Oficina Regional de la OMS en la India, por ejemplo, había mejorado enormemente la respuesta de la Organización cuando el maremoto había azotado a Asia en diciembre de 2004. Otro ejemplo del aporte valioso de la Región a los conocimientos sobre la gestión de desastres era el manual de la OPS sobre manejo de cadáveres en situaciones de desastre, que había sido el recurso de Internet más ampliamente consultado después del maremoto en Asia. La práctica del entierro en masa de cadáveres sin identificación había causado a los países problemas tremendos, pero innecesarios, de identificación, herencias y condición jurídica imprecisa de los sobrevivientes. Por lo tanto, el manejo adecuado de los cadáveres era no solo un asunto de salud sino también un asunto de derechos humanos.

299. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

***Pandemia de influenza: Informe sobre los progresos realizados (documento CE138/INF/2)***

300. El Dr. Roberto Dullak Peña (Representante del Subcomité de Planificación y Programación) informó que el Subcomité había examinado este tema en su 40.<sup>a</sup> sesión, después de recibir un informe sobre los progresos realizados en los preparativos para hacer frente a la gripe o influenza por parte de la OPS. El Subcomité había expresado su agradecimiento por los esfuerzos de la OPS para preparar a la Región para una posible pandemia de influenza e instaba a la Organización a que siguiera ejerciendo un liderazgo firme en ese sentido. El Subcomité también había expresado su apoyo sólido a la creación de un centro de operaciones de emergencia en la sede de la OPS para servir de base para una respuesta institucional coordinada en la eventualidad de una pandemia de influenza y otras emergencias de salud pública de interés internacional. El Subcomité también había apoyado la organización de los talleres subregionales para la evaluación de los planes nacionales de preparativos contra la gripe, y el reclutamiento del personal adicional para que la OPS pudiera responder al aumento de la demanda de cooperación técnica para apoyar la elaboración de planes nacionales de preparativos contra la gripe y la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional.

301. El Subcomité había recalcado la importancia de la acción intersectorial y había destacado la necesidad de colaborar con el personal de respuesta en casos de emergencia y con el sector agropecuario. Aumentar la disponibilidad de la vacuna antigripal estacional y garantizar su calidad, seguridad y eficacia también se había considerado esencial. Se había sugerido que la OPS debería promover la transferencia de tecnologías y la capacitación de los recursos humanos para que los países tengan la capacidad necesaria para empezar a fabricar la vacuna antigripal, y que debería formular recomendaciones para ayudar a los países a establecer el orden de prioridad de los grupos que habría que vacunar en caso de escasez de la vacuna. El Subcomité también había subrayado la importancia de la

información pública y la comunicación de riesgos y había propuesto que la OPS formulara directrices para comunicarse eficazmente con el público general y con determinados grupos, como los políticos.

302. El Comité Ejecutivo aplaudió el progreso logrado desde la sesión del Subcomité, en marzo de 2006, en el mejoramiento de los preparativos regionales para una pandemia de gripe. Varios Miembros actualizaron la información sobre los preparativos contra esta virosis en sus países respectivos. Se destacó la importancia fundamental de la vigilancia y la detección temprana de los brotes de gripe, sobre todo de gripe aviar. Se señaló que el sistema de información geográfica podría ser una herramienta importante para esa finalidad.

303. Haciéndose eco del Subcomité de Planificación y Programación, el Comité Ejecutivo recalcó la necesidad de aumentar la disponibilidad de la vacuna antigripal y los medicamentos antivíricos. Un delegado hizo hincapié en la conveniencia de comenzar esas actividades en una atmósfera respetuosa de los derechos de propiedad intelectual y disposiciones reglamentarias nacionales estrictas. Sin embargo, otros delegados indicaron que los derechos de propiedad intelectual no deberían impedir ni retrasar la producción de las vacunas o los antivíricos indispensables para tratar una pandemia en la Región. Se pidió más información sobre el instrumento que usa la OPS para evaluar la capacidad regional de producción de vacunas mencionada en el párrafo 15 del documento CE138/INF/2. Los delegados también solicitaron más información sobre las medidas que se estaban adoptando para ayudar a los países superar las deficiencias en los planes nacionales de preparativos contra la influenza de las que se toma nota en el párrafo 10 del documento, en particular los aspectos jurídicos y éticos de tales planes. El delegado de Canadá dijo que su país podría estar en condiciones de proporcionar ayuda en ese campo porque cuenta con el Centro de Bioética en la Universidad de Toronto. Además, se le pidió a la Oficina que proporcionara una actualización del progreso logrado para establecer el centro de operaciones de emergencia.

304. Varios delegados se refirieron a la adopción por la Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2006, de una resolución (WHA59.2) que solicitaba la aplicación voluntaria de las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional que se consideraran pertinentes para el riesgo que entrañan la gripe aviar y la pandemia de gripe, y reiteró la necesidad de la cooperación técnica de la OPS para ayudar a los países a aplicar esas disposiciones y a alistarse para la plena entrada en vigor del Reglamento Sanitario Internacional, en el 2007. A este respecto, los delegados acogieron la organización de varios talleres de comunicación de riesgos por la OPS en diversas subregiones.

305. El Dr. Otavio Oliva (Asesor Regional en Enfermedades Víricas, OPS) dijo que la Oficina estaba examinando las consecuencias jurídicas y operativas de la aplicación voluntaria de las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional directamente relacionadas con el riesgo de la gripe pandémica. El personal celebraría después reuniones

con los países para tratar la manera como deberían irse preparando para aplicar dichas disposiciones. La Organización estaba aprovechando las actividades de los preparativos para la gripe pandémica con el fin de fortalecer las capacidades básicas de salud pública indispensables para la aplicación plena del Reglamento Sanitario Internacional.

306. La OPS también estaba colaborando con los nueve países que todavía no tenían un plan nacional de preparativos contra la gripe para ayudarlos a elaborar sus planes, y con los otros países de la Región para encontrar los puntos débiles en sus planes nacionales, basándose en la lista de verificación de la OMS del plan de preparación para una pandemia de gripe. Con tal objetivo se celebrarían varios talleres en las subregiones en los próximos meses. Como se mencionaba en el documento, uno de los puntos débiles que se había encontrado eran los problemas éticos. No se había prestado mucha atención a las preocupaciones éticas hasta ahora, puesto que había muchos otros temas urgentes que debían abordarse primero. Estaba agradecido por la oferta de Canadá de prestar ayuda en este ámbito.

307. Con respecto a la producción de la vacuna contra la gripe estacional, la Organización había celebrado dos reuniones con productores internacionales y nacionales para promover la transferencia de tecnologías; se celebraría una tercera reunión en agosto de 2006.

308. El Sr. John Fitzimmons (Oficial Técnico Principal, Unidad de Inmunizaciones, OPS) añadió que la Organización contaba con 14 funcionarios sobre el terreno en diversos países que estaban colaborando con funcionarios nacionales para evaluar la demanda de la vacuna antigripal estacional, ya que era preciso tener cálculos exactos de la demanda para garantizar el suministro adecuado. Mediante la iniciativa Pro-Vac, la OPS también estaba fortaleciendo la capacidad nacional de tomar decisiones de política basadas en datos probatorios acerca de la introducción y el uso de la vacuna antigripal estacional.

309. El Dr. Jean Luc Poncelet (Gerente de Área, Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre, OPS), en respuesta a una pregunta sobre el estado del centro de operaciones de emergencia, dijo que se había contratado a un ingeniero y a una compañía de arquitectos para que exploraran opciones para el establecimiento del centro, probablemente en la planta baja del edificio de la sede de la OPS. Canadá había ofrecido algún apoyo para el establecimiento del centro, pero se necesitaría financiamiento adicional. Recalcó que para que el centro de operaciones de emergencia en la sede de la OPS funcionara de manera eficaz, debería haber centros homólogos a nivel de país. Por lo tanto, el Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre estaba colaborando estrechamente con los países para asegurarse de que tuvieran centros nacionales de operaciones de emergencia para coordinar la respuesta no solo a una eventual pandemia de gripe, sino a emergencias de toda índole.

310. La Directora observó que 19 países en el hemisferio norte y 6 en el hemisferio sur habían hecho pedidos de la vacuna contra la gripe estacional por medio del Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización para la Compra de Vacunas. El valor de esas transacciones había alcanzado un total de \$10 millones, aproximadamente.

311. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

***Informe anual sobre los recursos humanos de la OSP (documento CE138/INF/3 y documento CE138/INF/3, Add. I)***

312. La Sra. Dianne Arnold (Gerente de Área, Gestión de Recursos Humanos, OPS) presentó los documentos CE138/INF/3 y CE138/INF/3, Add. I, observando que en el párrafo 6 del apéndice, la cifra de “33%” debería ser “37%”. También dijo que había que suprimir la referencia en ese mismo párrafo al cuadro 6 y también el cuadro 6 propiamente dicho, ya que la información pertinente se encontraba en el cuadro 5.

313. La Directora explicó que los documentos constituían un informe, que se repetiría periódicamente, en el que se proporcionaba un perfil del personal por sexo, edad, distribución entre nivel regional y los países, y otras variables, que habían solicitado los Cuerpos Directivos. La información que contenía estaba siendo usada también por la propia Organización para comparar el perfil real del personal con el perfil deseado establecido en el Plan Estratégico para 2003-2007.

314. El Delegado de Canadá recibió con beneplácito el informe y dijo que mostraba progreso en la dirección correcta con respecto al fortalecimiento institucional y a algunas de las recomendaciones de gobernanza del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI. Solicitó aclaración acerca de la razón por la cual las cifras de personal del cuadro 1 parecían desproporcionadamente altas para ciertos países, como Brasil y Perú.

315. La Sra. Arnold aclaró que Brasil tenía dos centros panamericanos y su oficina de país, mientras que Perú tenía un centro y la oficina de país. Eso explicaba el contingente de personal más grande de esos países.

316. La Directora señaló que algunos centros tendían a tener más personal internacional que otros centros, como los de Trinidad y Jamaica. También señaló que la distribución del personal en las oficinas y los centros estaba de acuerdo con la estrategia de cooperación técnica entre países en la Región y, también, con las decisiones tomadas por los Cuerpos Directivos con respecto a la nueva política regional de presupuesto.

317. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

***Resoluciones y otras acciones de la 59.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS (documento CE138/INF/4)***

318. El Dr. Philippe Lamy (Gerente de Área, Gobernanza y Políticas, OPS) resumió el trabajo llevado a cabo por la 59.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, que había tenido lugar en Ginebra del 22 al 27 de mayo de 2006, con participación de los delegados de 32 Estados Miembros de las Américas.

319. Después de debatir el orden del día, que cubría 22 puntos, la Asamblea había adoptado 27 resoluciones, 17 de ellas sobre temas técnicos. Las resoluciones de interés particular para el Comité Ejecutivo de la OPS eran: WHA59.2, sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional; WHA59.12, sobre la coordinación internacional en materia de la infección por el VIH/sida; WHA59.22, acerca de los preparativos y la respuesta en situaciones de emergencia; WHA59.24, sobre la salud pública, la innovación, la investigación en salud y los derechos de propiedad intelectual esenciales; y WHA59.26, acerca del comercio internacional y la salud.

320. Además, el Consejo Ejecutivo de la OMS, que se había reunido inmediatamente después de la Asamblea, había adoptado la resolución EB118.R2 sobre la aceleración del procedimiento para elegir al Director General de la OMS. Los puntos más importantes fueron que los Estados Miembros serían invitados a más tardar el 1 de junio para presentar candidaturas para el puesto; que tales propuestas deberían llegar a la OMS a más tardar el 5 de septiembre; que las candidaturas, los currículos y la información complementaria se enviarían a los Estados Miembros a más tardar el 5 de octubre; y que se celebraría una reunión del Consejo Ejecutivo del 6 al 8 de noviembre y una reunión extraordinaria de la Asamblea Mundial de la Salud, el 9 de noviembre de 2006.

321. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

**Otros asuntos**

322. La Directora deseaba hacer del conocimiento del Comité los tres temas siguientes. Se distribuyó al Comité un documento de información breve sobre cada tema.

*Plan Maestro de Inversiones de Capital*

323. La Sra. Sharon Frahler (Directora Interina de Administración) presentó el documento de orientación sobre el Plan Maestro de Inversiones de Capital de la Organización, que se estaba elaborando para hacer las inversiones necesarias en infraestructura física. Observó que la Oficina había determinado que se necesitarían casi \$7 millones en concepto de gastos para las reparaciones y mejoras del edificio de la Sede y las oficinas de país. Había decidido que, en lugar de buscar el financiamiento por partes, agruparía las necesidades de capital en un plan general, y comenzaría a incluir tales

mejoras en el presupuesto ordinario por programas. La finalidad de la presentación al Comité era sencillamente anunciar que en el 47.º Consejo Directivo, en septiembre, se presentaría el Plan Maestro de Inversiones de Capital para su examen, y luego se buscaría la aprobación para incorporarlo en el presupuesto ordinario por programas, que comienza en 2008.

324. La Directora reiteró que sólo se pretendía proporcionar información por adelantado, y señaló que los Estados Miembros necesitarían tiempo suficiente para considerar el contenido del Plan Maestro de Inversiones de Capital y la factibilidad de establecer un fondo para sufragar específicamente el costo de las reparaciones y renovaciones. El objetivo del plan era prevenir una repetición de las situaciones pasadas, cuando la Organización había tenido que buscar fondos de emergencia para resolver alguna crisis que la había cogido desprevenida. Es más, cuando la Organización cambiara a las Normas Internacionales de Contabilidad Pública ello exigiría contar con un plan basado en el Plan Maestro de Inversiones de Capital.

325. En respuesta a la solicitud de un delegado, la Sra. Frahler aclaró que la sigla “MOSS”, que aparecía en el documento de orientación, significaba “normas mínimas de seguridad operacional”, que eran parte del mandato del sistema de las Naciones Unidas como condiciones de seguridad mínimas para los organismos del sistema y sus oficinas de país.

326. El Comité Ejecutivo tomó nota de la información sobre el Plan Maestro de Inversiones de Capital.

#### *Sistema Mundial de Gestión*

327. La Sra. Frahler también presentó el documento de orientación sobre el Sistema Mundial de Gestión. Recordó que la OMS había concebido este sistema en 2001 para reemplazar los principales sistemas administrativos de la Organización, incluidos los sistemas de planificación de programas, presupuesto, finanzas, adquisiciones, recursos humanos, nómina de sueldos, inventario y viajes. Históricamente, la OPS, siendo una persona jurídica diferenciada de la OMS, había mantenido la contabilidad y los sistemas administrativos separados; sin embargo, la OMS le había pedido a la OPS que adoptara el Sistema Mundial de Gestión. Habida cuenta del costo elevado de su adopción —estimado entre \$10 y \$12 millones—, la Directora había decidido que no debía seguir adelante con la ejecución del Sistema Mundial de Gestión sin la autorización de los Cuerpos Directivos.

328. La Directora también había decidido contratar una empresa consultora independiente para que 1) examinara los beneficios para la OPS de adoptar el Sistema Mundial de Gestión, 2) formulara un cálculo de costos más exacto, y 3) presentara un análisis de costos-beneficios. Se estaban preparando las atribuciones para la empresa consultora. Se preveía que el informe de la empresa consultora estuviera listo para su presentación al Comité Ejecutivo en su 139.ª sesión, en septiembre de 2006.



329. El observador por los Estados Unidos de América dijo que su Gobierno opinaba que era importante a largo plazo para todas las Regiones de la OMS formar parte del Sistema Mundial de Gestión para tener un sistema integrado en toda la OMS. Alentó a la OPS a que considerara esa meta máxima.

330. La Sra. Frahler dijo que uno de los temas de gran interés para la Oficina era que la OPS era otra persona jurídica. Como consecuencia, los Estados Miembros abonaban dos cuotas, una a la OPS y una a la OMS. Si se decidía que la OPS se asociara al sistema mundial, debería garantizarse que los datos de la porción de la OPS del presupuesto combinado de la OPS/OMS no se absorbieran en la base de datos de la OMS y que pudiera informarse por separado a los Estados Miembros. La Oficina estaba celebrando conversaciones con la OMS acerca de la forma de construir este sistema para que la OPS pudiera generar informes separados y mantener la independencia que necesitaba como otra persona jurídica.

331. La Directora señaló que, como el sistema actual de la OPS era sumamente complejo, el costo de adoptar el Sistema Mundial de Gestión excedería ampliamente los beneficios, al menos en un principio. La cantidad necesaria para introducir el sistema no podía incluirse ni en el presupuesto corriente ni en el presupuesto proyectado para el próximo bienio. Por lo tanto, se necesitarían contribuciones voluntarias por unos \$10 millones. Había decidido ordenar el estudio a una empresa consultora independiente para proporcionar a los Estados Miembros información objetiva sobre las ventajas y los inconvenientes de adoptar el Sistema, puesto que serían los Estados Miembros los que tendrían que proporcionar el financiamiento si decidieran que la OPS debía adoptar el Sistema Mundial de Gestión.

332. El Comité Ejecutivo tomó nota de la información presentada sobre el Sistema Mundial de Gestión.

*Aplicación en la Región de las Américas de la resolución WHA59.12 de la OMS sobre el Equipo mundial de tareas para mejorar la coordinación en materia de sida*

333. La Directora explicó que el documento de la orientación sobre este tema se presentaba al Comité a título informativo. La resolución de la OMS sería considerada posteriormente por el 47.º Consejo Directivo, que decidiría el modo de aplicación en las Américas. Su intención en este momento era suministrar alguna información adicional por adelantado, ya que la situación particular de la Región no se había discutido durante los debates en la Asamblea Mundial de la Salud.

334. Recordó que el Equipo mundial de tareas para mejorar la coordinación entre las instituciones multilaterales y los donantes internacionales en materia de sida había formulado las directrices sobre la simplificación de la cooperación, incluida una división del trabajo para el apoyo técnico de las Naciones Unidas, presentadas en una matriz. La resolución WHA59.12 había refrendado las recomendaciones del Equipo mundial de tareas

y solicitado al Director General que las aplicara y prestara cooperación técnica a los países, de conformidad con la división del trabajo acordada.

335. Sin embargo, en la Región de las Américas, el Consejo Directivo había respaldado el Plan Estratégico Regional para la Infección por el VIH/SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual, 2006-2015, en septiembre de 2005, dándole a la OPS el mandato de colaborar con los países en una respuesta integral del sector de la salud a la epidemia de la infección por el VIH. Lamentablemente, el Plan Regional y la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud no eran totalmente compatibles entre sí. Varias de las áreas técnicas que eran fundamentales para la aplicación eficaz del Plan Regional de la OPS se asignaron a otros organismos de las Naciones Unidas en el marco de la división mundial del trabajo. Los ejemplos importantes eran la compra de los medicamentos antirretrovíricos y otros productos básicos para afrontar la infección por el VIH, para la prevención y algunos elementos de los servicios de salud, como la salud reproductiva. La OPS había desarrollado una capacidad considerable y ya estaba llevando a cabo el trabajo en todas esas áreas.

336. Como consecuencia, su recomendación fue que, en el punto del orden del día pertinente del 47.º Consejo Directivo, los Estados Miembros adoptaran la decisión de solicitar a la Oficina Sanitaria Panamericana que adaptara la matriz a las características de la Región y negociara con socios regionales de las Naciones Unidas, teniendo en cuenta los mandatos ya establecidos para la OPS.

337. En el debate que siguió, un delegado preguntó si la Oficina había consultado con el ONUSIDA y la OMS acerca de la idea de adaptar la matriz. Se sugirió que sería útil que los Estados Miembros, antes de que se reúna el Consejo Directivo, tuvieran una propuesta sobre la adaptación de la matriz.

338. La Directora afirmó que había consultado con el ONUSIDA y la OMS, y dijo que se distribuiría una propuesta de adaptación de la matriz a los Estados Miembros antes de la apertura del Consejo.

339. El Comité Ejecutivo tomó nota de la presentación sobre la aplicación de la resolución WHA59.12 en las Américas.

### **Clausura de la reunión**

340. Después del intercambio usual de las fórmulas de cortesía, el Presidente declaró clausurada la 138.ª sesión del Comité Ejecutivo.

## **Resoluciones y decisiones**

341. Se presentan a continuación las resoluciones aprobadas y las decisiones adoptadas por el Comité Ejecutivo en su 138.<sup>a</sup> sesión:

### ***Resoluciones***

***CE138.R1 Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud***

### ***LA 138.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Visto el informe de la Directora sobre una estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud (documento CE138/17),

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

Recomendar al 47.<sup>o</sup> Consejo Directivo que adopte una resolución redactada en los siguientes términos:

### ***EL 47.<sup>o</sup> CONSEJO DIRECTIVO,***

Visto el informe de la Directora sobre una estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud (documento CD47/\_\_);

Observando la resolución CSP26.R15 (2002) sobre la respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas, en la que se reconoce la gran carga económica y social que representan las enfermedades no transmisibles y se exhorta a la Organización Panamericana de la Salud a que preste mayor cooperación técnica coordinada;

Considerando la resolución WHA57.17 —Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud (2004)—, que destaca el enfoque integrado y la colaboración intersectorial para mejorar los regímenes alimentarios y aumentar la actividad física;

Consciente de que las enfermedades crónicas representan 70% de las defunciones en la Región de las Américas, y que más de la mitad de las muertes prematuras entre las personas menores de 70 años se atribuyen a dichas enfermedades;

Tomando nota de que las enfermedades crónicas son en gran parte prevenibles y de la disponibilidad de datos científicos e intervenciones costo-eficaces;

Habida cuenta de la importancia de centrar la atención en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, al mismo tiempo que se aborda la carga cada vez mayor que suponen las enfermedades crónicas que también afectan a la población vulnerable, y

Reconociendo la urgencia de que los gobiernos, el sector privado, la sociedad civil y la comunidad internacional renueven su compromiso para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles,

***RESUELVE:***

1. Instar a los Estados Miembros a que:
  - a) prioricen la prevención y el control integrado de las principales enfermedades crónicas y sus factores de riesgo comunes mediante el establecimiento y/o fortalecimiento de los programas nacionales, y velen por que se asignen recursos en proporción con la carga de morbilidad;
  - b) elaboren y ejecuten planes nacionales y promuevan la implementación de políticas públicas orientados por la Estrategia y el Plan de Acción Regionales;
  - c) ejecuten el Plan de Acción, según corresponda, en el marco de un enfoque de sistema sanitario integrado basado en la atención primaria de salud, haciendo hincapié en la acción intersectorial, y vigilando y evaluando la eficacia de los programas y las asignaciones de los recursos.
2. Solicitar a la Directora que:
  - a) fortalezca el desarrollo de un enfoque integrado para la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluido el régimen alimentario y la actividad física, que se centre en las necesidades de los países de bajos ingresos y las poblaciones vulnerables;
  - b) respalde los esfuerzos de los Estados Miembros encaminados a fortalecer sus sistemas de información sanitaria para vigilar las enfermedades crónicas, sus factores de riesgo y la repercusión de las intervenciones de salud pública;
  - c) apoye a los Estados Miembros en el fortalecimiento de la capacidad y las competencias dentro del sistema de salud para el manejo integrado de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo;

- d) establezca alianzas nuevas o fortalezca las existentes dentro de la comunidad internacional para la movilización de recursos, la promoción de la causa y las investigaciones en colaboración relacionadas con la ejecución de la Estrategia y el Plan de Acción Regionales.

*(Tercera reunión, 20 de junio de 2006)*

**CE138.R2 *Estrategia y Plan de Acción Regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo***

**LA 138.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Visto el informe de la Directora sobre la Estrategia y Plan de Acción Regionales sobre la Nutrición en la Salud y el Desarrollo (Documento CE138/18),

**RESUELVE:**

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

**EL 47.º CONSEJO DIRECTIVO,**

Visto el informe de la Directora sobre la Estrategia y Plan de Acción Regionales sobre la Nutrición en la Salud y el Desarrollo (Documento CD47/\_\_);

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

Reconociendo la persistencia de los problemas relacionados a carencias nutricionales, así como el incremento de problemas asociados a desequilibrios y excesos alimentarios en América Latina y el Caribe;

Resaltando que, con las tendencias a la fecha de los indicadores nacionales de subalimentación y de bajo peso para la edad, no se alcanzará, al año 2015, la meta 2 del objetivo 1 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en varios de los países;

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

Reconociendo el alto grado de complementariedad entre esta estrategia y otras estrategias como: la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, y la Estrategia Regional y Plan de Acción para el Abordaje Integrado de la Prevención y Control de Enfermedades Crónicas, incluyendo Dieta y Actividad Física,

***RESUELVE:***

1. Exhortar a los Estados Miembros a que:
  - a) consideren la presente Estrategia y Plan de Acción Regionales sobre la Nutrición en la Salud y el Desarrollo en sus planes y programas de desarrollo, así como en las propuestas y la discusión de los presupuestos nacionales;
  - b) promuevan un dialogo interno entre instituciones del sector público, así como entre sectores publico y privado y la sociedad civil, para construir consensos nacionales alrededor del tema de la nutrición, la salud y los procesos de desarrollo nacional;
  - c) pongan en marcha procesos de revisión y análisis internos sobre la pertinencia y viabilidad de la presente estrategia en el contexto nacional, y en base a las prioridades, necesidades y capacidades nacionales.
2. Solicitar a la Directora que:
  - a) proporcione apoyo a los Estados Miembros, en colaboración con otras agencias internacionales, para iniciar un proceso de análisis interno de la aplicabilidad e idoneidad de la presente estrategia y la puesta en marcha de actividades tendientes a la adopción de la Estrategia de Nutrición en la Salud y el Desarrollo;
  - b) negocie con otras agencias internacionales, instituciones científico-técnicas, sociedad civil organizada, sector privado, y otros, el establecimiento de una Alianza Regional que guíe y monitoree la implementación de la Estrategia Regional de Nutrición en la Salud y el Desarrollo.

*(Tercera reunión, 20 de junio de 2006)*

**CE138.R3    *Proceso para implantar la nueva escala de cuotas con base en la nueva escala de la OEA***

**LA 138.<sup>a</sup> *SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el informe de la Directora sobre el proceso para implantar la nueva escala de cuotas con base en la nueva escala de la OEA (documento CE138/23, Rev.1),

***RESUELVE:***

1. Recomendar al 47.<sup>o</sup> Consejo Directivo que adopte una resolución redactada en los siguientes términos:

**EL 47.<sup>o</sup> *CONSEJO DIRECTIVO,***

Considerando que las cuotas de los Estados Miembros de la OPS que figuran en la escala adoptada por la Organización de los Estados Americanos (OEA) se fijan en función de los porcentajes indicados en esa escala, ajustados a los Estados Miembros de la OPS con arreglo al Artículo 60 del Código Sanitario Panamericano;

Considerando que es necesario hacer ajustes teniendo en cuenta las cuotas fijadas para Cuba, los Gobiernos Participantes y Miembros Asociados;

Considerando que la escala de cuotas revisada de la OEA para 2007 no está finalizada y no puede aplicarse a los Estados Miembros de la OPS, y

Teniendo presente que la escala de cuotas revisada de la OEA para 2008 no es definitiva, y que se tiene previsto presentar una escala de cuotas a los Estados Miembros de la OEA para su aprobación en el trigésimo séptimo período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la OEA, que se celebrará en junio de 2007,

***RESUELVE:***

Aplazar la adopción de una escala de cuotas revisada de la OPS hasta que la Organización de los Estados Americanos apruebe una escala de cuotas, revisada y definitiva.

*(Cuarta reunión, 20 de junio de 2006)*

***CE138.R4 Estrategia Regional para mantener los Programas Nacionales de Vacunación en las Américas***

***LA 138.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el informe de la Directora sobre la Estrategia Regional para Mantener los Programas Nacionales de Vacunación en las Américas (documento CE138/11),

***RESUELVE:***

Recomendar al 47.º Consejo Directivo que adopte una resolución redactada en los siguientes términos:

***EL 47.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Habiendo examinado el informe de la Directora sobre la Estrategia Regional para Mantener los Programas Nacionales de Vacunación en las Américas (CD47/\_\_);

Reconociendo que lograr la eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita para 2010 requerirá un esfuerzo sostenido por parte de los Estados Miembros y sus asociados para el desarrollo;

Teniendo en cuenta las dificultades que afrontan los ministerios de salud y de finanzas para la asignación y el desembolso de recursos escasos para diversas intervenciones de salud pública muy prioritarias, incluida la vacunación;

Reconociendo los esfuerzos extraordinarios desplegados por los Estados Miembros para llevar a cabo la Semana de Vacunación en las Américas 2006, dirigida a los grupos de alto riesgo y vulnerables;

Considerando la necesidad de adoptar decisiones basadas en datos probatorios mediante análisis económicos sobre la introducción de vacunas nuevas y subutilizadas contra las enfermedades epidemiológicamente importantes, y

Consciente de que la Organización Mundial de la Salud ha respaldado la Visión y Estrategia Mundial de Inmunización y promovido el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio,

***RESUELVE:***

1. Instar a los Estados Miembros a que:



- a) ejecuten las políticas y estrategias operativas para alcanzar una cobertura de todas las vacunas ordinarias mayor al 95% en todos los distritos o unidades administrativas equivalentes, y alcanzar la meta de eliminar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita para 2010, aprobada anteriormente por el Consejo Directivo;
- b) exploren el potencial para ampliar el marco legal y fiscal y determinar fuentes de nuevos ingresos, a fin de financiar de forma sostenida la elaboración de programas de vacunación, incluida la introducción de las vacunas antirrotavírica, antineumocócica y contra el virus del papiloma humano;
- c) apoyen las metas de reducción de la mortalidad, conforme la Visión y Estrategia Mundial de Inmunización y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, por enfermedades asociadas a los rotavirus, neumococos y virus del papiloma humano;
- d) utilicen el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la OPS para adquirir vacunas nuevas y subutilizadas, incluidas las vacunas contra la gripe estacional, la fiebre amarilla y las infecciones por rotavirus, neumococos y virus del papiloma humano;
- e) continúen prestando apoyo a la celebración de la Semana de Vacunación en las Américas.

2. Solicitar a la Directora que:

- a) apoye los esfuerzos de los países para finalizar la agenda inconclusa de vacunación, a saber, alcanzar una cobertura de todas las vacunas ordinarias mayor del 95% en todos los distritos o unidades administrativas equivalentes, particularmente los distritos y municipios más pobres y las poblaciones indígenas;
- b) ayude a los Estados Miembros a que realicen la transición de vacunación infantil a familiar, centrándose primeramente en la vacunación antirrubéolica y apoyando la meta de eliminarla para 2010, y a que introduzcan la vacuna contra la gripe estacional, al objeto de apoyar la preparación nacional para una pandemia;
- c) apoye las actividades de los países para integrar los estudios económicos exhaustivos al proceso decisorio para la introducción de vacunas nuevas y subutilizadas;
- d) preste ayuda a los países en sus esfuerzos para establecer un marco legal y fiscal y señalar nuevas fuentes de ingresos para la elaboración sostenible de los programas de vacunación;

- e) fomente una participación amplia de los países en el Fondo Rotatorio de la OPS para todas las vacunas y gestione la movilización de aportaciones voluntarias para incrementar su capitalización aceleradamente.

*(Cuarta reunión, 20 de junio de 2006)*

**CE138.R5 Proceso para el nombramiento del Auditor Externo**

**LA 138.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Habiendo examinado el informe de la Directora sobre el proceso para el nombramiento del Auditor Externo (documento CE138/22), y

Observando las normas, reglamentos y procedimientos de la Organización Panamericana de la Salud y las prácticas de la Organización Mundial de la Salud,

**RESUELVE:**

1. Tomar nota del informe de la Directora sobre el proceso para el nombramiento del Auditor Externo (documento CE138/22).
2. Recomendar que los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados sean invitados a formular por escrito sus observaciones sobre el proceso propuesto directamente a la Secretaría antes de la apertura del 47.<sup>o</sup> Consejo Directivo, en septiembre de 2006.
3. Solicitar a la Secretaría que responda a toda pregunta planteada por los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados al 47.<sup>o</sup> Consejo Directivo.
4. Recomendar que el 47.<sup>o</sup> Consejo Directivo apruebe el proceso propuesto para la presentación de candidaturas y el nombramiento del Auditor Externo de la Organización en la 27.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana.

*(Octava reunión, 22 de junio de 2006)*

**CE138.R6 Modificaciones del Reglamento Financiero**

**LA 138.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Habiendo considerado el informe de la Directora sobre las modificaciones propuestas del Reglamento Financiero que se presentan en el documento CE138/21, y

Considerando que las modificaciones reflejan las mejores prácticas modernas y están de acuerdo con las modificaciones hechas por la Organización Mundial de la Salud y aprobadas por la Asamblea Mundial de la Salud (resolución WHA58.20),

***RESUELVE:***

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

***EL 47.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Habiendo considerado la recomendación del Comité Ejecutivo y las modificaciones propuestas del Reglamento Financiero que aparecen en el anexo I del documento CD47/22, y

Tomando en consideración que las modificaciones del Reglamento Financiero reflejan las mejores prácticas modernas de la gestión financiera y están de acuerdo con las modificaciones aprobadas por la 58.ª Asamblea Mundial de la Salud (resolución WHA58.20),

***RESUELVE:***

Aprobar las modificaciones del Reglamento Financiero de la Organización Panamericana de la Salud según aparecen en el anexo I del documento CD47/22.

*(Octava reunión, 22 de junio de 2006)*

***CE138.R7 Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana***

***LA 138.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo considerado las modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) presentadas por la Directora en el anexo del documento CE138/24;

Teniendo en cuenta las decisiones de la 59.ª Asamblea Mundial de la Salud con respecto a la reducción de las contribuciones del personal para disminuir el Fondo de Igualación de Impuestos;

Consciente de las disposiciones del Artículo 020 del Reglamento del Personal y del párrafo 3.1 del Estatuto del Personal de la OSP, y

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

**RESUELVE:**

1. Establecer, con efecto a partir del 1 de enero de 2006:
  - a. El sueldo bruto anual del Director Adjunto en US\$ 160.574.
  - b. El sueldo bruto anual del Subdirector en US\$ 159.035.
  
2. Confirmar, de acuerdo con el Artículo 020 del Reglamento del Personal, las modificaciones del Reglamento del Personal que han sido hechas por la Directora, con efecto a partir del 1 de enero de 2006, que se describen en el anexo 1 del documento CE138/24, de la siguiente manera:
  - a. Artículo 230 Reglamento del Personal: Revisión de la clasificación
  - b. Artículo 240 Reglamento del Personal: Periodicidad de la revisión
  - c. Artículo 310 Reglamento del Personal: Definiciones
  - d. Artículo 330 Reglamento del Personal: Sueldos
  - e. Artículo 350 Reglamento del Personal: Subsidio de educación
  - f. Artículo 355 Reglamento del Personal: Subsidio especial para la educación de hijos minusválidos
  - g. Artículo 360 Reglamento del Personal: Subsidio por movilidad y condiciones de trabajo difíciles
  - h. Artículo 365 del Reglamento del Personal: Subsidio por nuevo destino
  - i. Artículo 370 del Reglamento del Personal: Prima por repatriación
  - j. Artículo 550 del Reglamento del Personal: Aumento de sueldo dentro del mismo grado
  - k. Artículo 560 del Reglamento del Personal: Ascenso
  - l. Artículo 570 del Reglamento del Personal: Reducción de grado
  - m. Artículo 640 del Reglamento del Personal: Licencia en el país de origen
  - n. Artículo 655 del Reglamento del Personal: Licencia sin sueldo
  - o. Artículo 750 del Reglamento del Personal: Licencia especial con derecho a las prestaciones del seguro
  - p. Artículo 810 del Reglamento del Personal: Viajes de los miembros del personal
  - q. Artículo 820 del Reglamento del Personal: Viajes del cónyuge y de los hijos
  - r. Artículo 1130 del Reglamento del Personal: Notificación y descargo
  - s. Artículo 1310 del Reglamento del Personal: Puestos de contratación local
  
3. Confirmar, según las disposiciones del Artículo 020 del Reglamento del Personal, las modificaciones del Reglamento del Personal que han sido hechas por la Directora con efecto a partir del 1 de julio de 2006 y que se describen en el anexo 2 del documento CE138/24, de la siguiente manera:

- a. Artículo 040 del Reglamento del Personal: Entrada en vigor
- b. Párrafo 110.6 Reglamento del Personal: Normas de conducta para los miembros del personal
- c. Artículo 240 (nuevo) del Reglamento del Personal: Periodicidad de la revisión
- d. Artículo 320 del Reglamento del Personal: Determinación de los sueldos
- e. Artículo 350 del Reglamento del Personal: Subsidio de educación (con respecto a los hijos que cumplen cinco años durante el año escolar)
- f. Artículo 370 del Reglamento del Personal: Prima por repatriación
- g. Artículo 410 del Reglamento del Personal: Normas sobre contratación
- h. Artículo 420 del Reglamento del Personal: Normas sobre nombramiento
- i. Artículo 460 del Reglamento del Personal: Determinación del lugar de residencia reconocido
- j. Artículo 510 del Reglamento del Personal: Asignación de funciones
- k. Artículo 560 del Reglamento del Personal: Ascenso
- l. Artículo 565 del Reglamento del Personal: Traslado
- m. Artículo 567 (nuevo) del Reglamento del Personal: Nombramiento interino
- n. Artículo 625 del Reglamento del Personal: Horas extraordinarias y licencia compensatoria
- o. Artículo 630 del Reglamento del Personal: Licencia anual
- p. Artículo 640 del Reglamento del Personal: Licencia en el país de origen
- q. Artículo 660 del Reglamento del Personal: Licencia para instrucción o servicio militar
- r. Artículo 720 del Reglamento del Personal: Seguro de enfermedad y accidente
- s. Artículo 740 del Reglamento del Personal: Licencia por enfermedad (*con la excepción del idioma en la primera cláusula del Artículo del Reglamento del Personal 740.2 que lee "Aprobado por el médico del personal"*)
- t. Artículo 760 del Reglamento del Personal: Licencia de maternidad y licencia de paternidad
- u. Artículo 770 del Reglamento del Personal: Prestación en caso de fallecimiento
- v. Artículo 810 del Reglamento del Personal: Viajes de los miembros del personal
- w. Artículo 850 del Reglamento del Personal: Transporte de efectos personales
- x. Artículo 870 del Reglamento del Personal: Gastos en caso de defunción
- y. Artículo 1015 del Reglamento del Personal: Separación del servicio por mutuo acuerdo
- z. Artículo 1020 del Reglamento del Personal: Jubilación
- aa. Artículo 1030 del Reglamento del Personal: Cese por motivos de salud
- bb. Artículo 1040 del Reglamento del Personal: Expiración de los nombramientos
- cc. Artículo 1050 del Reglamento del Personal: Supresión de puestos
- dd. Artículo 1110 del Reglamento del Personal: Medidas disciplinarias
- ee. Artículo 1120 del Reglamento del Personal: Suspensión durante la instrucción de un expediente
- ff. Artículo 1310 del Reglamento del Personal: Personal de contratación local

- gg. Artículo N 010 del Reglamento del Personal: Alcance y finalidad
- hh. Artículo N 110 del Reglamento del Personal: Clasificación de puestos
- ii. Artículos N 310 a N 350 del Reglamento del Personal: Contratación y nombramiento
- jj. Artículos N 510 a 530 del Reglamento del Personal: Seguridad social
- kk. Artículos N 610 a N 630 del Reglamento del Personal: Conducta y medidas disciplinarias
- ll. Artículo N 810 del Reglamento del Personal: Derecho de asociación
- mm. Artículo N 910 del Reglamento del Personal: Presentación de quejas
- nn. Artículos N 1000 y N 1010 del Reglamento del Personal: Disposiciones generales

*(Octava reunión, 22 de junio de 2006)*

***CE138.R8 Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana: Salario del Director***

***LA 138.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Teniendo en cuenta las decisiones de la 59.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud con respecto al sueldo de los Directores Regionales, los Subdirectores Generales y el Director General,

***RESUELVE:***

Recomendar al 47.º Consejo Directivo la adopción de la siguiente resolución con respecto al sueldo anual bruto de la Directora:

***EL 47.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Considerando la reducción de las contribuciones del personal necesarias para disminuir el Fondo de Igualación de Impuestos;

Teniendo en cuenta la decisión del Comité Ejecutivo, en su 138.<sup>a</sup> sesión, de ajustar los sueldos anuales brutos del Director Adjunto y del Subdirector, y

Tomando nota de la recomendación del Comité Ejecutivo con respecto al sueldo anual bruto de la Directora,

**RESUELVE:**

1. Establecer, con efecto a partir del 1 de enero de 2006, el sueldo bruto de la Directora en US\$ 176.877 por año.
2. Aprobar las modificaciones de los párrafos 1.12 a 1.15 del Estatuto del Personal con respecto a los empleados nacionales.
3. Tomar nota de las modificaciones del Reglamento del Personal hechas por la Directora y confirmadas por el Comité Ejecutivo en su 138.<sup>a</sup> sesión.

*(Octava reunión, 22 de junio de 2006)*

**CE138.R9 Propuesta de Plan Regional Decenal sobre Salud Bucodental para las Américas**

**LA 138.ª REUNIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Habiendo examinado el informe sobre la propuesta de Plan Regional Decenal sobre Salud Bucodental para las Américas (documento CE138/14),

**RESUELVE:**

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

**EL 47.º CONSEJO DIRECTIVO,**

Habiendo considerado el documento CD47/\_\_\_ sobre la Propuesta de Plan Regional sobre Salud Bucodental para las Américas;

Reconociendo que la salud oral es un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud en toda la Región de las Américas debido a la importancia que tiene como parte de la carga global de morbilidad, de su asociación con enfermedades sistémicas, el ser causa del éxito o fracaso de algunas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los costos relacionados con su tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de promoción y prevención, y

Reconociendo que la OPS ha cooperado con los países de la Región en el establecimiento de las bases conceptuales y técnicas para el desarrollo de políticas,

infraestructuras y capacidades programáticas relacionadas con los programas nacionales de salud oral,

***RESUELVE:***

1. Aprobar el Plan Regional Decenal sobre Salud Bucodental para las Américas y apoyar especialmente los conceptos de integrar la salud oral en la estrategia de atención primaria incrementando el acceso a la atención, así como extender y consolidar los programas exitosos tales como la fluoruración, entre otros, fortaleciendo la organización y la prestación de los servicios con el apoyo de otros actores relacionados con la salud oral, como el sector privado, universidades e industria.
2. Instar a los Estados Miembros a:
  - a) hacer los esfuerzos posibles para asegurar un nivel básico de acceso a la atención de la salud oral, con énfasis en los grupos vulnerables;
  - b) fortalecer los programas de salud oral, estableciendo políticas públicas orientadas a la salud oral y promoviendo las alianzas con otros sectores y áreas, para el desarrollo de los programas de salud oral;
  - c) diseñar y aplicar intervenciones eficaces, así como modelos de mejores prácticas y programas exitosos aplicados en otros países, introduciendo tecnologías costo-eficaces que posibiliten el incremento al acceso de los servicios de salud, con énfasis en los grupos vulnerables, e implementando y/o consolidando los programas de fluoruración;
  - d) promover la integración de la salud oral en la estrategia de atención primaria, a la salud familiar y perinatal.
3. Solicitar a la Directora que:
  - a) apoye el desarrollo de la estrategia regional para salud oral;
  - b) estimule la cooperación técnica entre países y las alianzas estratégicas, en actividades que promuevan la salud oral;
  - c) promueva y facilite la búsqueda de contribuciones voluntarias para fortalecer las acciones en salud oral.

*(Octava reunión, 22 de junio de 2006)*



***CE138.R10 La salud del recién nacido en el contexto de la salud de la madre, el recién nacido y el niño para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas***

***LA 138.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el informe de la Directora sobre la salud del recién nacido en el contexto de la atención de la salud de la madre, el recién nacido y el niño para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas (documento CE138/12),

***RESUELVE:***

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

***EL 47.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Habiendo examinado el informe de la Directora sobre la salud del recién nacido en el contexto de la atención de la salud de la madre, el recién nacido y el niño para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas (documento CD47/\_\_);

Reconociendo que la Región todavía hace frente a tasas persistentemente elevadas de mortalidad neonatal y que para lograr reducir la mortalidad neonatal será necesario que los países y sus asociados para el desarrollo redoblen sus esfuerzos;

Considerando que los Cuerpos Directivos de la OPS adoptaron las resoluciones CSP26.R13 y CD45.R3 sobre la Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Maternas, y los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las Metas de Salud, respectivamente;

Considerando que la resolución WHA57.12 respalda la Estrategia Mundial de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud, y

Consciente de que la Organización Mundial de la Salud alberga la Alianza Mundial para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño que formuló la Declaración de Delhi sobre la salud de la madre, del recién nacido y del niño, mediante la cual se puso de manifiesto el compromiso del mundo para lograr en plazos establecidos mejoras cuantificables en materia de desarrollo y reducción de la pobreza para 2015,

***RESUELVE:***

1. Instar a los Estados Miembros:

- a) a que examinen la situación actual de la salud del recién nacido y realicen una promoción de la causa continua y específica para que la salud del recién nacido se coloque como prioridad de política en el contexto de la atención de la salud de la madre, del recién nacido y del niño;
- b) a que apoyen la forja de alianzas de alcance sectorial en el nivel de prestación de los servicios para definir intervenciones innovadoras e integradas de salud para la madre, el recién nacido y el niño;
- c) a que participen en la formulación de la Estrategia y el Plan de Acción Regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención a la madre, el recién nacido y el niño.

2. Solicitar a la Directora:

- a) que prepare una estrategia y plan de acción integrados de alcance regional sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención a la madre, el recién nacido y el niño, que aborden las inequidades y se dirijan a los grupos vulnerables y marginados, incluidos los objetivos intermedios correspondientes al 2010 y 2015.

*(Octava reunión, 22 de junio de 2006)*

***CE138.R11 La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y otros derechos relacionados***

***LA 138.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Visto el informe sobre “La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y otros derechos relacionados” (documento CE138/15),

***RESUELVE:***

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

***El 47.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Visto el informe “La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y otros derechos relacionados” (documento CD47/\_\_) y la resolución WHA58.23 de la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS (2005) sobre la discapacidad;

Teniendo en cuenta que en la Región de las Américas actualmente viven, aproximadamente, 60 millones de personas con algún tipo de discapacidad;

Consciente de que la discapacidad puede surgir de riesgos perinatales y del parto, las enfermedades crónicas, la malnutrición, los accidentes de todo tipo, la violencia, los conflictos armados, los riesgos laborales, la pobreza, el abuso de drogas y sustancias y el envejecimiento de la población;

Subrayando que las personas con discapacidades frecuentemente tienen un limitado acceso físico y económico a tratamientos, medicamentos esenciales, bienes y servicios de salud y rehabilitación de buena calidad y en pie de igualdad respecto a otros seres humanos;

Recordando la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, ratificada oficialmente en la 54.ª Asamblea Mundial de la Salud en 2001, y la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad y la resolución CD43.R10 del Consejo Directivo de la OPS (2001) en la que se exhorta a los Estados Miembros a que actualicen las disposiciones jurídicas que protegen los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales;

Teniendo en cuenta los esfuerzos que se están llevando a cabo en las Naciones Unidas para formular la “Convención internacional amplia e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad”, y

Teniendo presente, la Declaración AG/DEC.50 (XXXVI-0/06) “Decenio de las Américas: por los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad” (2006-2016), aprobado por la Asamblea General de la OEA en su XXXVI periodo ordinario de sesiones celebrado en Santo Domingo, República Dominicana,

***RESUELVE:***

1. Instar a los Estados Miembros a que:

- a) consideren ratificar o suscribir la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (OEA) y que sensibilicen al público en general con relación a la promoción y protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidades;
- b) adopten políticas, estrategias, planes y programas nacionales sobre discapacidad, su prevención y rehabilitación que respeten los estándares internacionales sobre discapacidad tales como las Normas Uniformes de las Naciones Unidas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad;
- c) adopten un modelo de rehabilitación integral, cuyo objetivo primario sea prevenir, minimizar o revertir las consecuencias de las pérdidas o alteraciones funcionales e incidir sobre los factores que impidan la participación plena;
- d) adopten medidas para facilitar el uso y accesibilidad, con seguridad, de todas las personas a las infraestructuras y espacios compartidos, públicos y privados, urbano y rural, incluyendo el mobiliario y equipamiento de apoyo, transporte, comunicación e información, en especial con relación a los servicios de salud y rehabilitación necesarios para mantener la capacidad funcional;
- e) promuevan la creación de programas y estrategias comunitarias de rehabilitación con la participación de las organizaciones de personas con discapacidades que estén vinculadas a la atención de salud en sus diferentes niveles e integradas en el sistema de salud;
- f) promuevan el desarrollo de políticas y programas de salud que contemplen la prevención y detección de las discapacidades, la intervención temprana, el asesoramiento a las familias y a las personas con discapacidad, y la inclusión de las mismas en todas las iniciativas de salud;
- g) promuevan la prestación de atención médica apropiada, oportuna y eficaz, para las personas con discapacidad, incluyendo el acceso a los diagnósticos, a los servicios de rehabilitación, así como a servicios que proporcionen tecnologías de asistencia técnica que faciliten la independencia funcional de las personas con discapacidad con la finalidad de lograr su integración social;
- h) consideren garantizar el acceso a las prestaciones básicas que requieran, según su grado de dependencia, a las personas que no pueden valerse por sí mismas en la realización de las actividades de la vida diaria;

- i) resguarden los derechos humanos de las personas con discapacidad, incluidos el acceso en igualdad de condiciones a la atención a la salud, educación, vivienda y empleo;
- j) promuevan el respeto a los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad y combatan estereotipos, prejuicios y prácticas dañinas relacionadas con las personas con discapacidad;
- k) fortalezcan y desarrollen los servicios de rehabilitación, para la atención de todas las personas, independientemente de su discapacidad, a fin de que logren alcanzar y mantener un nivel óptimo de funcionamiento, autonomía y bienestar;
- l) promuevan la investigación sobre las causas de discapacidad y medidas efectivas para prevenirlas, que incluya la implementación de metodologías de registro y análisis del dato de discapacidad;
- m) revisen sus legislaciones sobre discapacidad y las adecuen de conformidad con la normativa y estándares internacionales aplicables;
- n) participen y colaboren en el Comité Especial encargado del proceso de formulación de la “Convención internacional amplia e integral de las Naciones Unidas para proteger y promover los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad”, y en el Comité de la Convención Interamericana para la eliminación de todas formas de discriminación contra las personas con discapacidad.

2. Solicitar a la Directora que:

- a) consolide y fortalezca el compromiso de la OPS de cooperar con los Estados Miembros para promocionar y proteger la calidad de vida de las personas con discapacidades, su goce al grado máximo de salud física y mental que se pueda lograr y otros derechos, en especial incorporando en todos sus programas e iniciativas la información necesaria y estadísticas sobre este tema;
- b) promueva estudios de incidencia, prevalencia y causa de las discapacidades como base para la formulación de estrategias para la reducción de factores de riesgo, de prevención, tratamiento y rehabilitación;
- c) facilite la colaboración de los Estados Miembros con entidades docentes, el sector privado y las organizaciones nogubernamentales, especialmente las organizaciones de personas con discapacidades y de aquellas que promuevan la protección y el respeto de las personas con discapacidad para implementar medidas que contribuyan a reducir los factores de riesgo que llevan a la discapacidad y protejan

el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y otros derechos de las personas con discapacidades;

- d) consolide y fortalezca la colaboración técnica de la OPS con los comités, órganos y relatorías del sistema de Naciones Unidas e interamericano vinculados a la protección de los derechos de las personas con discapacidades tales como el Comité especial encargado del proceso de formulación de la “Convención internacional para proteger y promover los derechos de las personas con discapacidad”, y el Comité de la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, entre otros.

*(Octava reunión, 22 de junio de 2006)*

***CE138.R12 Informe del Grupo de Trabajo sobre la Racionalización de los Mecanismos de Gobernanza de la OPS: Creación del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración***

***LA 138.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo considerado las recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre la Racionalización de los Mecanismos de Gobernanza en la OPS, establecido por la decisión CE137(D5), con respecto a la reforma del Subcomité de Planificación y Programación, y

Teniendo en cuenta la necesidad de que el Subcomité de Planificación y Programación evolucione de modo que funcione como un mecanismo que examine y proporcione retroalimentación sobre la planificación y el presupuesto por programas, la formulación de políticas, la evaluación del desempeño, las evaluaciones y las actividades de supervisión,

***RESUELVE:***

1. Suprimir el Subcomité de Planificación y Programación y establecer un subcomité nuevo que se denomine Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración, cuyas atribuciones, periodicidad de las sesiones y composición se anexan.
2. Que el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración celebrará su primera sesión en marzo del 2007.

Anexo

## ANEXO

### ATRIBUCIONES

#### 1. Naturaleza

El Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración es un órgano consultivo auxiliar del Comité Ejecutivo responsable de aspectos relativos al presupuesto por programas y la administración.

#### 2. Funciones

El Subcomité tiene las siguientes funciones:

2.1 Examinar y, cuando proceda, formular recomendaciones al Comité Ejecutivo sobre lo siguiente:

- las políticas para el desarrollo y la prestación de cooperación técnica, incluidos los procesos y métodos de planificación, programación y presupuestación;
- los Planes Estratégicos para el trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana;
- el presupuesto por programas y los informes sobre el desempeño y la evaluación;
- la evaluación de programas e iniciativas que fortalezcan la supervisión y permitan el seguimiento de los informes internos y externos mediante los cuales se evalúa la productividad, calidad del servicio, eficiencia y eficacia, y se determinan las repercusiones, los resultados y el éxito de los programas;
- el Informe Financiero Parcial, el Informe Financiero y los estados financieros revisados, junto con el informe del Auditor Externo;
- los planes de auditoría y los informes de los Auditores Externos e Internos, de la Dependencia Común de Inspección de las Naciones Unidas y todo informe relevante presentado por ellos al Comité Ejecutivo;
- las respuestas de la Secretaría a los asuntos mencionados;
- otros aspectos financieros y administrativos incluidos en el orden del día propuesto para la próxima sesión del Comité Ejecutivo;

- otros asuntos relativos a la gobernanza que afecten el Reglamento y Estatuto del Personal, y el seguimiento de la igualdad en materia de género dentro de la Organización;
- la admisión y evaluación anual de las organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS, y
- otros asuntos técnicos o administrativos que el Comité Ejecutivo le asigne, incluido todo asunto urgente relacionado con la situación sanitaria en las Américas.

### **3. Composición y reuniones**

#### **3.1 *Miembros***

El Subcomité constará de siete Miembros: cuatro que elegirá el Comité Ejecutivo por mandatos que coincidan con la duración de su participación en el Comité Ejecutivo, y tres designados por el Director de la OSP en consulta con el Presidente del Comité Ejecutivo antes de cada sesión o sesiones del Subcomité dentro de un mismo año, procurando que haya un equilibrio adecuado en la distribución geográfica.

Los nombres de los delegados se comunicarán al Director de la OSP por lo menos 15 días antes de la inauguración de las respectivas sesiones.

Los gastos de un delegado por Miembros del Subcomité que asistan a las sesiones serán sufragados por la OPS, de conformidad con las normas y reglamentos que rigen tales gastos.

#### **3.2 *Observadores***

Los Estados Miembros no representados en el Subcomité y las instituciones invitadas podrán, por su propia cuenta, enviar a observadores, que podrán participar en los debates del Subcomité.

#### **3.3 *Sesiones***

El Subcomité celebrará una sesión ordinaria por lo menos una vez al año en las fechas que establezca el Comité Ejecutivo. Podrán convocarse otras sesiones del Subcomité en los años en que se considere el Presupuesto por Programas de la Organización.



A menos que el Subcomité decida lo contrario, las sesiones serán públicas.

*(Octava reunión, 22 de junio de 2006)*

***CE138.R13 Informe del Grupo de Trabajo sobre la Racionalización de los Mecanismos de Gobernanza de la OPS: Supresión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo***

***LA 138.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo considerado las recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre la Racionalización de los Mecanismos de Gobernanza de la OPS establecido por la decisión CE137(D5) con respecto al Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo;

Reconociendo que el Subcomité, en existencia desde 1981, ha desempeñado una función decisiva al encabezar cambios fundamentales de política encaminados al logro de la igualdad de género en materia de salud tanto en la Organización como en la Región;

Reconociendo que a pesar de los considerables progresos realizados, en la Región perduran desigualdades por razón de género profundamente arraigadas con respecto al estado de salud, el acceso a los servicios de salud y la participación en el desarrollo sanitario y la toma de decisiones;

Reconociendo que para abordar la agenda inconclusa sobre la desigualdad por razón de género, proteger los logros de la Organización en esta esfera y hacer frente a los retos nuevos que plantea, se requiere un esfuerzo continuo y sistemático por parte de todos los niveles del sector sanitario;

Consciente de que la Organización ha efectuado cambios institucionales encaminados a lograr una eficacia sostenida en esta esfera;

Consciente de que la Organización Panamericana de la Salud, en consonancia con la Organización Mundial de la Salud y otros organismos de las Naciones Unidas y el sistema interamericano, ha formulado recientemente una política en materia de igualdad de género, adoptada por el Consejo Directivo (resolución CD46.R6), y

Observando que la política en materia de igualdad de género mencionada se aplica a todo el trabajo de la OPS, incluida la cooperación técnica, los marcos de las políticas nacionales y la gestión de recursos humanos; y que su ejecución requiere recursos y vigilancia específicos para cada una de estas tres esferas,

**RESUELVE:**

1. Disolver el Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo.
2. Solicitar a la Directora que:
  - a) las cuestiones de igualdad de género relacionadas con la formulación y vigilancia de la política formen parte habitual del orden del día del Comité Ejecutivo;
  - b) la equidad y sensibilidad en materia de género se incorpore a todos los aspectos técnicos, incluida la salud de la mujer, y a los informes generales de salud pública que se presenten al Comité Ejecutivo, mediante la formación de un grupo consultivo que también será responsable de orientar el proceso de presentación de informes;
  - c) la igualdad entre hombres y mujeres se aborde como una cuestión de gestión transversal en todas las funciones de la Organización y en los debates relativos al presupuesto del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración.

*(Octava reunión, 22 de junio de 2006)*

**CE138.R14 Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo 2004-2005**

**LA 138.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Habiendo examinado el *Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo, 1 de enero de 2004 - 31 de diciembre de 2005 (Documento Oficial 323)*,

**RESUELVE:**

1. Transmitir el *Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo, 1 de enero de 2004 - 31 de diciembre de 2005 (Documento Oficial 323)* al 47.º Consejo Directivo.
2. Señalar que los estados financieros para el bienio 2004-2005 se presentan de conformidad con las Normas de Contabilidad del sistema de las Naciones Unidas, con la consiguiente precisión y claridad de los datos en los estados financieros.
3. Elogiar a la Directora por sus esfuerzos para vigilar y fortalecer las situaciones financieras del Centro de Epidemiología del Caribe, el Instituto de Alimentación y

Nutrición del Caribe y el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, determinar fuentes adicionales de apoyo y promover aún más los esfuerzos conjuntos para elaborar y ejecutar estrategias para mejorar sus situaciones financieras.

4. Instar a la Directora a que conceda la máxima prioridad al desempeño eficaz de la función de supervisión interna mediante la contratación expedita del personal para los puestos vacantes.

5. Felicitar a la Directora por sus esfuerzos fructíferos para mantener a la Organización en una buena situación financiera.

*(Octava reunión, 22 de junio de 2006)*

***CE138.R15 Informe sobre la recaudación de las cuotas***

***LA 138.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el informe de la Directora sobre la recaudación de las cuotas (documento CE138/19 y Add. I), que incluye un informe del estado del fondo fiduciario denominado Contribuciones Voluntarias para los Programas Prioritarios (vigilancia, prevención y manejo de las enfermedades crónicas; salud mental y abuso de sustancias psicotrópicas; tabaco; reducción de los riesgos del embarazo; infección por el VIH/sida, y dirección);

Tomando nota de la información suministrada sobre los Estados Miembros atrasados 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;

Observando las disposiciones del Artículo 6.B de la Constitución de la OPS en relación con la suspensión de los derechos de voto de los Estados Miembros que no cumplen con sus obligaciones financieras, y la posible aplicación de dichas disposiciones a aquellos Estados Miembros que no han cumplido su plan de pagos diferidos aprobado, y

Observando con preocupación que hay 23 Estados Miembros que no han efectuado ningún pago de sus cuotas señaladas para 2006 y que las cantidades recaudadas correspondientes a las cuotas de 2006 representan solo 7% del total asignado para dicho año,

**RESUELVE:**

1. Tomar nota del informe de la Directora sobre la recaudación de las cuotas (documento CE138/19 y Add. I), que incluye un informe del estado del fondo fiduciario denominado Contribuciones Voluntarias para los Programas Prioritarios (vigilancia, prevención y manejo de las enfermedades crónicas; salud mental y abuso de sustancias psicotrópicas; tabaco; reducción de los riesgos del embarazo; infección por el VIH/sida, y dirección).
2. Agradecer a los Estados Miembros que ya han efectuado pagos correspondientes a 2006 e instar a los demás Estados Miembros a que paguen sus cuotas pendientes cuanto antes.
3. Agradecer a los Estados Miembros que han contribuido al fondo fiduciario denominado Contribuciones Voluntarias para los Programas Prioritarios, y alentar a todos los Estados Miembros a que efectúen alguna contribución en apoyo de dichos programas.
4. Recomendar al 47.º Consejo Directivo que las restricciones al derecho de voto contenidas en el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS se apliquen rigurosamente a aquellos Estados Miembros que, para la fecha de apertura de dicha sesión, no hayan efectuado pagos sustanciales para cumplir con sus compromisos relativos a las cuotas o los que se estipulen en sus planes de pagos diferidos.
5. Solicitar a la Directora que siga informando a los Estados Miembros acerca de sus saldos pendientes y que informe al 47.º Consejo Directivo sobre el estado de recaudación de las cuotas.

*(Novena reunión, 23 de junio de 2006)*

***CE138.R16 Organizaciones No Gubernamentales que mantienen Relaciones Oficiales con la OPS***

***LA 138.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo estudiado el informe del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales (documento CE138/8 y Add. I), y

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

**RESUELVE:**

1. Continuar las relaciones oficiales entre la OPS y la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica (COLABIOCLI) y la Alianza Nacional para la Salud Hispana por un período de cuatro años.
2. Solicitar a la Directora que:
  - a) informe a las organizaciones no gubernamentales respectivas de las decisiones adoptadas por el Comité Ejecutivo;
  - b) siga desarrollando relaciones de trabajo dinámicas con las ONG interamericanas de interés para la Organización en las esferas afines a las prioridades programáticas que los Cuerpos Directivos han adoptado para la OPS;
  - c) siga fomentando las relaciones entre los Estados Miembros y las ONG que trabajen en el campo de la salud.

*(Novena reunión, 23 de junio de 2006)*

***CE138.R17 Orden del Día Provisional Del 47.º Consejo Directivo de la OPS, 58.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas***

***LA 138.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el orden del día provisional (documento CD47/1) preparado por el Director para el 47.º Consejo Directivo de la OPS, 58.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, que se presenta como anexo del documento CE138/4, y

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

**RESUELVE:**

Aprobar el orden del día provisional (documento CD47/1) preparado por el Director para el 47.º Consejo Directivo de la OPS, 58.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

*(Novena reunión, 23 de junio de 2006)*

***CE138.R18 La salud de la población indígena de las Américas***

***LA 138.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el informe sobre la salud de la población indígena de las Américas (documento CE138/13),

***RESUELVE:***

Recomendar al 47.º Consejo Directivo la adopción de una resolución redactada en los siguientes términos:

***EL 47.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Reconociendo el progreso logrado por la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas y consciente de los resultados de la evaluación del Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo;

Tomando nota de la existencia de inequidades de salud y en el acceso a los servicios de atención de salud que afectan a más de 45 millones de indígenas que viven en la Región de las Américas, y

Considerando que el logro de los objetivos de desarrollo internacionalmente acordados relacionados con la salud, incluidos aquellos contenidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, no podrán alcanzarse a menos que se atiendan las necesidades de salud específicas de las poblaciones excluidas, como los pueblos indígenas,

***RESUELVE:***

1. Aprobar las líneas estratégicas de acción propuestas para la cooperación técnica de la OPS en el ámbito de la salud de los pueblos indígenas de las Américas.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
  - a) velen por la incorporación de la perspectiva de los pueblos indígenas en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las políticas sanitarias nacionales;
  - b) mejoren la gestión de la información y del conocimiento en los temas de salud de los pueblos indígenas para fortalecer la capacidad para la toma de decisiones basadas en evidencia y la capacidad de monitoreo en la Región;

- c) incorporen el enfoque intercultural en los sistemas nacionales de salud de la Región como parte de la estrategia de atención primaria de salud;
  - d) desarrollen, junto con la OPS/OMS, alianzas estratégicas con los pueblos indígenas y otros interesados directos para mejorar aún más la salud de los pueblos indígenas.
3. Solicitar a la Directora que:
- a) apoye el desarrollo e implementación de las líneas estratégicas de acción propuestas para la cooperación técnica de la OPS, incluida la oportunidad para la elaboración de un Plan Regional para la Salud de los Pueblos Indígenas;
  - b) abogue por la movilización de los recursos nacionales e internacionales para apoyar los esfuerzos encaminados a mejorar la salud de los pueblos indígenas en la Región;
  - c) vele por que las líneas estratégicas de acción propuestas se incorporen en el Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana 2008-2012, y fomente su inclusión en la Agenda de Salud Decenal para las Américas.

*(Novena reunión, 23 de junio de 2006)*

***CE138.R19 Agenda de Salud para las Américas 2008-2017***

***LA 138.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el documento CE138/INF/5 sobre el informe del Grupo Consultivo Especial sobre la Agenda de Salud para las Américas (18 de junio de 2006, Washington, D.C.), y

Reconociendo las orientaciones proporcionadas por el Relator del Subcomité de Planificación y Programación (SPP) y el Relator del Grupo Consultivo Especial,

***RESUELVE:***

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

***EL 47.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Habiendo examinado el documento CD47/\_\_\_ sobre la elaboración de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017;

Reconociendo el valor y la necesidad de esta Agenda de Salud para los Estados Miembros, así como para otros interesados directos que trabajan para mejorar la salud pública en las Américas, y

Observando con satisfacción los avances logrados hasta la fecha en cuanto a la elaboración de la Agenda de Salud,

***RESUELVE:***

1. Felicitar al Grupo Consultivo Especial y al Grupo de Trabajo sobre la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 por sus logros y progresos, y reconocer el tiempo y los recursos excepcionales invertidos por los Estados Miembros que participaron en estos grupos;
2. Respaldar las recomendaciones contenidas en el documento CD47\_\_\_ con respecto a la elaboración de una Agenda de Salud para las Américas;
3. Alentar a todos los Estados Miembros de la Región de las Américas a que se involucren en el desarrollo de la Agenda de Salud para las Américas en una serie de reuniones consultivas, amplias y participativas, que tendrán lugar en lo que resta de 2006 y en 2007;
4. Solicitar a la Directora que apoye el trabajo conjunto de los Estados Miembros para que definan y respalden la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017;
5. Solicitar a la Directora que vele por que los acuerdos recogidos en la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 se reflejen en la elaboración del Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana 2008-2012.

*(Novena reunión, 23 de junio de 2006)*



***CE138.R20 Informe del Grupo de Trabajo sobre la Racionalización de los Mecanismos de Gobernanza de la OPS: Proceso de Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana***

***LA 138.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo considerado el informe del Grupo de Trabajo sobre Racionalización de los Mecanismos de Gobernanza de la OPS, establecido según la decisión CE137(D5);

Reconociendo que el proceso actual para elegir al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana es definido por la Constitución de la OPS y el Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana;

Consciente de la necesidad de un proceso más formal y transparente para seleccionar a los candidatos a los principales puestos superiores de la Oficina, a tenor de lo establecido en el informe del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI incluido en la resolución CD46.R2, y

Reconociendo que es necesario tomar medidas para que el proceso de elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana sea más explícito y equitativo para los candidatos internos y externos,

***RESUELVE:***

Recomendar al 47.º Consejo Directivo la siguiente resolución:

***EL 47.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Habiendo considerado las recomendaciones contenidas en el documento CD47/\_\_,

***RESUELVE:***

1. Aprobar las siguientes Normas que rigen la elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana:

**NORMAS QUE RIGEN LA ELECCIÓN DEL DIRECTOR  
DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

Artículo I  
Criterios para la presentación de candidatos

- 1.1 Los candidatos que se presenten para ocupar el cargo de Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (el Director) deberán:
- 1) poseer una sólida formación técnica y de salud pública, una vasta experiencia en el campo de la salud internacional y un conocimiento del sistema interamericano y del sistema de las Naciones Unidas;
  - 2) tener antecedentes demostrados y documentados de liderazgo en el ámbito de la salud pública, así como aptitudes de gestión apropiadas para una organización compleja relacionada con la salud;
  - 3) mostrar sensibilidad y respeto por la diversidad cultural, social, política y económica de cada país y de todos los países de la Región;
  - 4) conocer la situación sanitaria regional y la amplia gama de sistemas de salud que existen en la Región;
  - 5) demostrar un fuerte compromiso con la labor de la OPS;
  - 6) estar en buen estado físico, como se requiere de todos los funcionarios de la Organización, y
  - 7) dominar uno de los idiomas oficiales y tener un conocimiento práctico de otro.
- 1.2 Los candidatos deberán estar dispuestos a firmar la Declaración de Conflicto de Intereses de la OPS y de la OMS obligatoria.

## Artículo II Presentación de las candidaturas

- 2.1 El proceso para elegir al Director empezará al menos seis meses antes de la fecha fijada para la sesión inaugural de la Conferencia Sanitaria Panamericana (la Conferencia) o el 1 de marzo, de estas dos fechas la que ocurra primero; en ese momento, el Director en funciones enviará a los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados un aviso por medio del cual los invitará a presentar al Presidente del Comité Ejecutivo las candidaturas para el cargo de Director. Se adjuntará a dicho aviso una copia de las presentes Normas.
- 2.2 Ateniéndose a los criterios para la presentación de las candidaturas descritos en el Artículo I precedente, cada Estado Miembro, Estado Participante o Miembro Asociado puede presentar el nombre de solamente un ciudadano de un país de la

- Región como candidato al puesto de Director, lo cual se hará en un sobre confidencial sellado dirigido al Presidente del Comité Ejecutivo, c/o Asesor Jurídico, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. , al menos cuatro meses antes de la sesión inaugural de la Conferencia o el 1 de mayo, de estas dos fechas la que ocurra primero; el plazo para la presentación de candidaturas se cerrará después de esa fecha. Las candidaturas deben incluir un currículum vitae del candidato propuesto.
- 2.3 Todas las candidaturas recibidas serán compiladas por la Oficina, traducidas a los cuatro idiomas oficiales de la Organización y remitidas por el Presidente del Comité Ejecutivo a los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados al menos tres meses antes de la sesión inaugural de la Conferencia o el 1 de junio, de estas dos fechas la que ocurra primero.

### Artículo III Foro de los candidatos

- 3.1 El Presidente del Comité Ejecutivo invitará a los candidatos designados a que presenten una ponencia ante todos los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados que deseen asistir al Foro de los candidatos, que se celebrará en torno a la sesión del Comité Ejecutivo anterior a la Conferencia.
- 3.2 La información con respecto a la hora, la fecha y los aspectos logísticos del Foro de los candidatos será enviada por el Presidente del Comité Ejecutivo a los candidatos designados y a todos los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados inmediatamente después del cierre de la presentación de las candidaturas, según lo especificado en el Artículo 2.3.
- 3.3 Los candidatos designados sufragarán todos los gastos relacionados con su participación en el Foro de los candidatos.
- 3.4 Los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados sufragarán todos los gastos relacionados con su participación en el Foro de los candidatos.
- 3.5 Cuando sea posible, se utilizarán los medios tecnológicos modernos, incluida la videoconferencia, para facilitar la participación más amplia posible de todos los Miembros de la Organización. También se proporcionarán las transcripciones literales de las ponencias y deliberaciones en el Foro de los candidatos.

- 3.6 El orden de las ponencias que presentarán los candidatos será determinado por sorteo, y los candidatos serán llamados uno a la vez. Los candidatos dispondrán como máximo de 30 minutos para exponer verbalmente su ponencia y luego se dedicará una hora a responder las preguntas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados que asistan. En su exposición verbal el candidato deberá incluir su plataforma, la cual describirá su visión, las prioridades de política y la dirección financiera y programática que propone para la Organización. Los tiempos asignados se cumplirán estrictamente.

#### Artículo IV

#### Candidatos que son funcionarios de la OPS o de la OMS

- 4.1 Para los fines de las presentes Normas, el Director que se proponga buscar la reelección, los funcionarios de la OPS o de la OMS y cualquiera otra persona que tenga una relación laboral con la Organización y que haya sido designada candidata al cargo de Director se considerarán "candidatos internos".
- 4.2 De conformidad con el carácter internacional de sus funciones, ningún candidato interno puede hacer uso directo o indirecto de su cargo para impulsar su candidatura.
- 4.3 Al buscar su candidatura, ningún candidato interno comunicará a nadie información restringida o confidencial ni usará dicha información en su provecho.
- 4.4 En consideración del párrafo 1.8 del Estatuto del Personal, los candidatos internos al cargo de Director renunciarán o tomarán licencia de la Organización, según corresponda, una vez que las candidaturas sean remitidas por el Presidente del Comité Ejecutivo a los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados, de conformidad con el Artículo 2.3 de las presentes Normas. El período de licencia durará hasta la elección o hasta que el funcionario retire su candidatura. En caso de licencia, el funcionario tomará primero la licencia anual hasta agotarla y luego, según sea necesario, tomará licencia con goce de sueldo. Durante ese tiempo, el funcionario no representará a la Organización de ninguna manera ni usará los recursos de la Organización para los fines de su campaña. Con excepción del Director, el Director Adjunto y el Subdirector, un funcionario cuya candidatura no haya tenido éxito y que haya optado por tomar licencia tendrá derecho de volver al puesto que ocupaba anteriormente en la Organización o, a discreción de la Organización, a otro puesto de un nivel igual a la categoría que tenía antes de tomar la licencia.

- 4.5 Lo dispuesto en el párrafo 4.4 no se aplicará al Director en funciones. Sin embargo, durante todo el período que precede a la elección, el Director cumplirá estrictamente los requisitos de los párrafos 4.2 y 4.3 de las presentes Normas.
- 4.6 Para conservar la independencia y la imparcialidad inherentes al carácter internacional de su función y para asegurar que haya una base equitativa para la elección del Director, los funcionarios de la OPS o de la OMS y cualquier otra persona que tenga una relación laboral con la Organización no se involucrarán en las actividades de la campaña ni apoyarán en modo alguno a ningún candidato al cargo de Director.
- 4.7 El no observar las disposiciones establecidas en este artículo constituye una falta grave y dará lugar a la aplicación de medidas disciplinarias, que pueden incluir la destitución sumaria, de acuerdo con las disposiciones pertinentes del Reglamento y Estatuto del Persona, o se considera incumplimiento de contrato y es motivo para la rescisión, según corresponda.
- 4.8 En el caso de los candidatos internos que son funcionarios de la OMS, el Presidente del Comité Ejecutivo solicitará al Director General de la OMS que considere la aplicación del Artículo IV de las presentes normas a esos candidatos.

#### Artículo V La elección

- 5.1 La Conferencia elegirá al Director de entre los candidatos designados mediante voto secreto, de conformidad con el artículo 21, párrafo A de la Constitución y con el Reglamento Interno de la Conferencia.

#### Artículo VI Medidas posteriores a la elección

- 6.1.1 Los delegados de los Estados Miembros, los Estados Participantes o los Miembros Asociados que participen en la elección no podrán ser empleados ni contratados por la Organización durante un período de un año posterior a la elección.
- 6.2 En caso que Delegados de Estados Miembros, Estados Participantes o Miembros Asociados que participen en la elección sean nombrados como Asesores Temporeros, la Secretaría presentará un informe al Presidente del Comité Ejecutivo que contenga la lista de estos nombramientos, cada tres meses por un período de un año posterior a la elección de Director.

- 6.3 Con el objeto de informar al Comité Ejecutivo acerca de las autorizaciones de financiamiento provenientes de la Asignación Variable a los Países y del Fondo del Director Regional para Actividades de Desarrollo, la Secretaría preparará un informe sobre tales actividades, el cual será examinado por el Director de Administración y enviado al Presidente del Comité Ejecutivo cada tres meses durante un período de 6 meses previos y un año posterior a la elección del Director.

- - -

2. Reemplazar el Artículo 55 del Reglamento Interno del Consejo Directivo y el Artículo 56 del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana, respectivamente, con los siguientes textos:

#### Artículo 55

El Consejo elegirá, en los casos en que proceda, un Director Interino mediante votación secreta, de acuerdo con lo dispuesto en el párrafo A del Artículo 21 de la Constitución, el Artículo 56 del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana y las Normas que rigen la elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, aprobadas por el Consejo Directivo. Sin embargo, si el tiempo antes de la fecha fijada para la sesión inaugural del Consejo fuese insuficiente para permitir el cumplimiento cabal de los plazos descritos en el proceso de elección, el Presidente del Comité Ejecutivo cambiará dichos plazos y lo comunicará, como corresponde, a los Miembros y Miembros Asociados.

#### Artículo 56

La Conferencia elegirá al Director mediante votación secreta, de acuerdo con lo dispuesto en el párrafo A del Artículo 21 de la Constitución y las normas que rigen el proceso de elección para el cargo de Director aprobadas por el Consejo Directivo. El proceso para elegir al Director empezará al menos seis meses antes de la fecha fijada para la sesión inaugural de la Conferencia o el 1 de marzo, de estas dos fechas la que ocurra primero; en ese momento, el Director en funciones enviará a los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados un aviso por medio del cual los invitará a presentar al Presidente del Comité Ejecutivo las candidaturas para el cargo de Director. Se adjuntará a dicho aviso una copia de las normas que rigen el proceso de elección para el cargo de Director.

Cada Estado Miembro, Estado Participante o Miembro Asociado puede presentar el nombre solamente de un ciudadano de un país de la Región como candidato al puesto de Director. La nominación se enviará en un sobre confidencial sellado dirigido al

Presidente del Comité Ejecutivo, c/o Asesor Jurídico, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., al menos cuatro meses antes de la sesión inaugural de la Conferencia o el 1 de mayo, de estas dos fechas la que ocurra primero; el plazo para la presentación de candidaturas se cerrará después de esa fecha. Todas las candidaturas recibidas serán compiladas por la Oficina, traducidas a los cuatro idiomas oficiales de la Organización y remitidas por el Presidente del Comité Ejecutivo a los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados al menos tres meses antes de la sesión inaugural de la Conferencia o el 1 de junio, de estas dos fechas la que ocurra primero.

De conformidad con las normas que rigen el proceso de elección para el cargo de Director, el Presidente del Comité Ejecutivo invitará a los candidatos designados a que presenten una ponencia ante todos los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados que deseen asistir al Foro de los candidatos, que se celebrará en torno a la sesión del Comité Ejecutivo anterior a la Conferencia.

La Conferencia elegirá al Director entre los candidatos presentados por los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados en conformidad con las normas que rigen el proceso de elección para el cargo de Director. Si en las dos primeras votaciones no hay ninguna persona que reúna la mayoría requerida, se celebrarán dos votaciones limitadas a los dos candidatos que, en la segunda de las dos votaciones libres, hayan obtenido mayor número de votos. Si tampoco consigue nadie la mayoría necesaria, se alternarán dos votaciones libres con dos votaciones limitadas hasta que resulte elegido un candidato.

*(Novena reunión, 23 de junio de 2006)*

***CE138.R21 Método para formular el Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2008-2012***

***LA 138.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el documento CE138/9, “Método para formular el Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana de la OSP 2008-2012 y una propuesta de Agenda de Salud para las Américas 2008-2117”;

Reconociendo los informes proporcionados por el Relator del Subcomité de Planificación y Programación (SPP) y el relator de la reunión especial del 18 de junio de 2006 acerca de la Agenda de Salud para las Américas, y

Habiendo llegado a un consenso entre los Miembros del Comité Ejecutivo con respecto a este asunto,

**RESUELVE:**

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

**EL 47.º CONSEJO DIRECTIVO,**

Habiendo examinado el documento CD47/\_\_\_ en el que se aborda la formulación del Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2008-2012, y

Reconociendo que el Plan Estratégico será la respuesta de la Oficina a las metas planteadas en la Agenda de Salud para las Américas,

**RESUELVE:**

6. Aprobar el documento CD47/\_\_\_ sobre la formulación del Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2008-2012.

*(Novena reunión, 23 de junio de 2006)*

**CE138.R22 Informe del Grupo de Trabajo sobre la Racionalización de los Mecanismos de Gobernanza de la OPS: Mejoramiento del Reglamento Interno del Consejo Directivo**

**LA 138.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Habiendo considerado las recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre la Racionalización de los Mecanismos de Gobernanza de la OPS establecido según la decisión CE137(D5) con respecto al mejoramiento del Reglamento Interno del Consejo Directivo;

Reconociendo la necesidad de que los Estados Miembros y el Director tengan más tiempo para leer, revisar y presentar las resoluciones, al tiempo que tienen en consideración los debates anteriores y posteriores a las sesiones de los Cuerpos Directivos, y

Reconociendo la necesidad de proporcionar a los Estados Miembros documentos más sucintos, precisos y oportunos,



**RESUELVE:**

Recomendar al 47.º Consejo Directivo que adopte la siguiente resolución:

**EL 47.º CONSEJO DIRECTIVO,**

Habiendo considerado las recomendaciones que figuran en el documento CD47/\_\_\_:

**RESUELVE:**

Modificar su Reglamento Interno de la siguiente manera:

*Artículo 2*

Las convocatorias se enviarán, junto con el orden del día provisional, a todos los Miembros, Miembros Asociados y Estados Observadores por lo menos 60 días antes de la fecha fijada para la apertura de la sesión, excepto cuando medien circunstancias extraordinarias.

*Artículo 33*

La Comisión General deberá:

- a) determinar la hora y lugar de las reuniones;
- b) determinar el orden del día para cada reunión;
- c) recomendar que se adopten medidas con respecto a cualquier punto del orden del día propuesto que se presente después de que el orden del día provisional haya sido enviado, de conformidad con el Artículo 2, y antes de la adopción del orden del día, de conformidad con el Artículo 10;
- d) proponer el aplazamiento de cualquier punto del orden del día a una sesión futura del Consejo;
- e) fijar la fecha de la clausura;
- f) facilitar por lo demás el despacho metódico de los asuntos de la Conferencia.

*Artículo 9*

Todos los documentos de trabajo relacionados con dicho orden se enviarán a los Miembros, Miembros Asociados y Estados Observadores por lo menos seis semanas antes de la apertura de la sesión. Dichos documentos deberán ser concisos y toda información adicional deberá adjuntarse como anexo.

*Artículo 10*

El Consejo adoptará su propio orden del día y, al hacerlo, introducirá en el orden del día provisional las adiciones o modificaciones que desee, de acuerdo con el presente Reglamento y lo recomendado por la Comisión General.

*Artículo 12*

Excepto en circunstancias extraordinarias, toda propuesta de inclusión de un punto en el orden del día provisional o en el orden del día definitivo deberá ir acompañada de un documento de trabajo preparado por el autor de la propuesta, que sirva de base para el debate.

*Artículo 23*

El Relator tendrá a su cargo la presentación y preparación de los proyectos de resolución, según sea necesario, los cuales redactará teniendo en cuenta las deliberaciones del Consejo.

*Artículo 40*

Los Miembros y Miembros Asociados podrán proponer, y el Secretario ex officio podrá recomendar, resoluciones, enmiendas y mociones.

Las resoluciones se presentarán por escrito y se entregarán al Secretario ex officio, quien distribuirá copias entre los delegados antes de que transcurran 12 horas. Las enmiendas que introduzcan cambios significativos en una resolución se presentarán también por escrito. Ninguna resolución o enmienda significativa se discutirá ni se someterá a votación a menos que las copias de la misma se hayan distribuido a todos los delegados al menos 24 horas antes de que se analice. En circunstancias especiales, el Presidente podrá permitir que se discutan y consideren resoluciones o enmiendas aunque no se hayan distribuido con anterioridad.

Las propuestas se someterán a votación por el orden en que sean presentadas, salvo cuando el Consejo decida otra cosa. Las propuestas o enmiendas se votarán por partes si así lo solicita cualquier delegado.

*(Novena reunion, 23 de junio de 2006)*

**CE138.R23 Premio OPS en Administración, 2006**

**LA 138.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Habiendo examinado el informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2006 (documento CE138/7, Add. I), y

Teniendo presente las disposiciones de las pautas y procedimientos para conferir el Premio OPS en Administración, según fueron aprobados por la 18.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana (1970) y modificados por la 24.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana (1994), la 124.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo (1999) y la 135.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo (2004),

**RESUELVE:**

1. Tomar nota de la decisión del Jurado de que se adjudique el Premio OPS en Administración, 2006, al Dr. Adolfo Horacio Chorny por sus aportes al desarrollo y la innovación en las áreas de planificación, gestión y financiamiento de los sistemas y servicios de salud en los planos nacional e internacional, especialmente su contribución al fortalecimiento del liderazgo de varias generaciones de directivos en el ámbito de la salud pública y las políticas sanitarias.
2. Transmitir el informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2006 (documento CE138/7, Add. I) al 47.<sup>a</sup> Consejo Directivo.

(Novena reunión, 23 de junio de 2006)

**Decisiones**

**Decisión CE138(D1)**

**Adopción del orden del día**

De conformidad con el Artículo 9 del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo, el Comité adoptó, sin modificación, el orden del día presentado por la Directora (documento CE138/1, Rev. 2).

(Primera reunión, 19 de junio de 2006)

***Decisión CE138(D2)***

***Representación del Comité Ejecutivo en el 47.º Consejo Directivo, 58.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas***

De conformidad con el Artículo 54 de su Reglamento Interior, el Comité Ejecutivo decidió designar a su Presidente (Argentina) y Vicepresidente (Costa Rica) para representar al Comité en el 47.º Consejo Directivo, 58.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Como suplentes de esos representantes, el Comité designó a los delegados de Antigua y Barbuda y de Chile, respectivamente.

*(Primera reunión, 19 de junio de 2006)*

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

HECHO en Washington, D.C., a los 23 días del mes de junio del año dos mil seis. La Secretaria depositará los textos originales en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana y enviará copias a los Estados Miembros de la Organización.

---

Carlos Vizzotti  
Delegado de Argentina  
Presidente de la 138.<sup>a</sup> sesión  
del Comité Ejecutivo

---

Mirta Roses Periago  
Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana  
Secretaria ex officio de la 138.<sup>a</sup> sesión  
del Comité Ejecutivo

## **ORDEN DEL DÍA PROVISIONAL**

### **1. APERTURA DE LA SESIÓN**

### **2. ASUNTOS RELATIVOS AL REGLAMENTO**

- 2.1 Adopción del orden del día y del programa de reuniones
- 2.2 Representación del Comité Ejecutivo en el 47.º Consejo Directivo de la OPS, 58.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
- 2.3 Orden del día provisional del 47.º Consejo Directivo de la OPS, 58.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

### **3. ASUNTOS RELATIVOS A LOS COMITÉS**

- 3.1 Informe del Grupo de Trabajo sobre la Racionalización de los Mecanismos de Gobernanza de la OPS
- 3.2 Informe sobre la 40.ª sesión del Subcomité de Planificación y Programación
- 3.3 Premio OPS en Administración, 2006
- 3.4 Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS

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

- 4.1
  - Método para formular el Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2008-2012
  - Propuesta de Agenda de Salud para las Américas 2008-2017
- 4.2 Evaluación de la ejecución del Presupuesto por Programas Bienal de la Organización Panamericana de la Salud, 2004-2005
- 4.3 Estrategia regional para mantener los programas nacionales de vacunación en las Américas

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

- 4.4 La salud del recién nacido en el contexto de la atención de la salud de la madre, el recién nacido y el niño para cumplir los objetivos de desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas
- 4.5 La salud de la población indígena de las Américas
- 4.6 Propuesta de plan regional decenal sobre salud bucodental
- 4.7 La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y otros derechos relacionados
- 4.8 Promoción de la salud: logros y enseñanzas extraídas entre la Carta de Ottawa y la Carta de Bangkok y perspectivas para el futuro
- 4.9 Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud
- 4.10 Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo, 2006-2015

#### **5. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS**

- 5.1 Informe sobre la recaudación de las cuotas
- 5.2 Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo 2004-2005
- 5.3 Informe sobre las actividades de los Servicios de Supervisión Interna
- 5.4 Enmiendas al Reglamento Financiero
- 5.5 Proceso para el nombramiento del Auditor Externo
- 5.6 Proceso para implantar la nueva escala de cuotas con base en la nueva escala de la OEA

#### **6. ASUNTOS DE PERSONAL**

- 6.1 Modificaciones del Reglamento del Personal de la OSP

**6. ASUNTOS DE PERSONAL** (*cont.*)

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

**7. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL**

7.1 Actualización del proceso de fortalecimiento institucional de la Oficina Sanitaria Panamericana

7.2 Examen de los centros panamericanos

7.3 Informe de progreso sobre los preparativos y la respuesta frente a los desastres sanitarios a nivel nacional y regional

7.4 Pandemia de influenza: informe sobre los progresos realizados

7.5 Informe anual sobre los recursos humanos de la OSP

7.6 Resoluciones y otras acciones de la 59.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS

**8. OTROS ASUNTOS**

**9. CLAUSURA DE LA SESIÓN**



## LISTA DE DOCUMENTOS

### *Documentos Oficiales*

*Doc. of. 323* Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo  
2004-2005

### *Documentos de trabajo*

CE138/1, Rev. 2 y  
CE138/WP/1, Rev. 2 Adopción del orden del día y del programa de reuniones

CE138/3 Representación del Comité Ejecutivo en el 47.º Consejo Directivo de la OPS, 58.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

CE138/4, Rev. 1 Orden del día provisional del 47.º Consejo Directivo de la OPS, 58.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

CE138/5  
Add. I Informe del Grupo de Trabajo sobre la Racionalización de los y Mecanismos de Gobernanza de la OPS

CE138/6 Informe sobre la 40.ª sesión del Subcomité de Planificación y Programación

CE138/7  
y Add. I Premio OPS en Administración, 2006

CE138/8  
y Add. I Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS

CE138/9 Método para formular el Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2008-2012

CE138/10  
y Coorig. Evaluación de la ejecución del Presupuesto por Programas Bienal de la Organización Panamericana de la Salud, 2004-2005

CE138/11 Estrategia regional para mantener los programas nacionales de vacunación en las Américas

*Documentos de trabajo* (con.)

CE138/12	La salud del recién nacido en el contexto de la atención de la salud de la madre, el recién nacido y el niño para cumplir los objetivos de desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas
CE138/13, Rev. 1 y Corrig.	La salud de la población indígena de las Américas
CE138/14	Propuesta de plan regional decenal sobre salud bucodental
CE138/15	La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y otros derechos relacionados
CE138/16	Promoción de la salud: logros y enseñanzas extraídas entre la Carta de Ottawa y la Carta de Bangkok y perspectivas para el futuro
CE138/17	Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud
CE138/18 y Corrig.	Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo, 2006-2015
CE138/19 y Add. I	Informe sobre la recaudación de las cuotas
CE138/20	Informe sobre las actividades de los Servicios de Supervisión Interna
CE138/21	Enmiendas al Reglamento Financiero
CE138/22	Proceso para el nombramiento del Auditor Externo
CE138/23	Proceso para implantar la nueva escala de cuotas con base en la nueva escala de la OEA
CE138/24	Modificaciones del Reglamento del Personal de la OSP
CE138/25	Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OSP

- CE138/26 Actualización del proceso de fortalecimiento institucional de la Oficina Sanitaria Panamericana
- CE138/27 Informe de progreso sobre los preparativos y la respuesta frente a los desastres sanitarios a nivel nacional y regional

***Documentos de información***

- CE138/INF/1 Examen de los centros panamericanos
- CE138/INF/2 Pandemia de influenza: informe sobre los progresos realizados
- CE138/INF/3 Informe anual sobre los recursos humanos de la OSP  
y Add. I
- CE138/INF/4 Resoluciones y otras acciones de la 59.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS
- CE138/INF/5 Propuesta de Agenda de Salud para las Américas 2008-2017

**LIST OF PARTICIPANTS  
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members of the Committee  
Miembros del Comité**

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

Hon. H. John Maginley  
Minister of Health, Sports, and Youth Affairs  
Ministry of Health, Sports, and Youth Affairs  
St. John's

Ms. Anne-Marie Layne  
First Secretary  
Permanent Mission of Antigua and Barbuda  
to the Organization of American States  
Washington, D.C.

***Argentina***

Dr. Carlos Vizzotti  
Subsecretario de Regulaciones Sanitarias  
e Investigación en Salud  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires

Lic. Karina Chierzi  
Jefa de Gabinete de la Subsecretaría de Relaciones  
Sanitarias e Investigación en Salud  
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación  
Buenos Aires

Lic. Mariana Savino  
Asesora de la Subsecretaría de Relaciones  
Sanitarias e Investigación en Salud  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires

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

***Barbados***

Dr. Joy St. John  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health  
St. Michael

Ms. Antoinette Williams  
Permanent Secretary  
Ministry of Health  
St. Michael

***Chile***

Dr. Osvaldo Salgado  
Jefe de la Oficina de Cooperación y  
Asuntos Internacionales  
Ministerio de Salud  
Santiago

Sra. Natalia Meta  
Asesora de la Oficina de Cooperación y  
Asuntos Internacionales  
Ministerio de Salud  
Santiago

Dr. Pedro F. Crocco Abalos  
Jefe División Prevención y Control  
de Enfermedades  
Ministerio de Salud  
Santiago

Dr. Pedro Oyarce Yuraszeck  
Embajador  
Misión Permanente de Chile ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

***Chile (cont.)***

Sr. Felipe Sáez  
Segundo Secretario  
Misión Permanente de Chile ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

***Canada***  
***Canadá***

Mr. Nick Previscnih  
Acting Director  
International Affairs Directorate  
Health Canada  
Ottawa

Ms. Kate Dickinson  
Advisor  
International Health Policy and  
Communication Division  
Health Canada  
Ottawa

Ms. Basia Manitiuk  
Alternate Representative  
Permanent Mission of Canada to the  
Organization of American States  
Washington, D.C.

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

***Costa Rica***

Lic. Carlos Valerio Monge  
Asesor del Despacho de la Ministra de Salud  
Ministerio de Salud  
San José

Sra. Roxana Terán-Victory  
Ministra Consejera  
Misión Permanente de Costa Rica ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

***Cuba***

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

***Panama***  
***Panamá***

Sr. Dr. Camillo Alleyne  
Ministro de Salud  
Ministerio de Salud  
Ciudad de Panamá

Lic. Ilonka Pusztay  
Directora  
Asuntos Internacionales  
Ministerio de Salud  
Ciudad de Panamá

Sr. Jorge Miranda Corona  
Representante Alterno  
Misión Permanente de Panamá  
ante la Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

***Panama*** (cont.)

***Panamá*** (cont.)

Sr. Milton Ruiz  
Consejero Cultural  
Misión Permanente de Panamá  
ante la Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

***Venezuela***

Lic. Rosicar del V. Mata León  
Directora General de la Oficina de Cooperación Técnica  
y Relaciones Internacionales  
Ministerio de Salud y Desarrollo Social  
Caracas

Lic. Carmen Velásquez de Visbal  
Consejera  
Misión Permanente de Venezuela  
ante la Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**Other Member States**  
**Otros Estados Miembros**

***Brazil***

***Brasil***

Dr. Sérgio Gaudêncio  
Chefe da Divisão de Temas Multilaterais  
Ministério da Saúde  
Brasília



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

**Brazil** (*cont.*)

**Brasil** (*cont.*)

Sra. Márcia Helena Gonçalves Rollemberg  
Coordenadora-Geral de Documentação e Informação  
Ministério da Saúde  
Brasília

Sr. Ricardo Gamarski  
Assessor do Secretário de Atenção à Saúde  
Ministério da Saúde  
Brasília

Sra. Eliane Pereira dos Santos  
Gerente do Projeto da Biblioteca Virtual em Saúde  
Ministério da Saúde  
Brasília

Sr. Daniel Ferreira  
Representante Alternativo do Brasil junto à  
Organização dos Estados Americanos  
Washington, D.C.

**Mexico**

**México**

Lic. Alejandra González Morel  
Directora para Asuntos Multilaterales  
Secretaría de Salud  
México, D. F.

Lic. Juan Gabriel Morales  
Representante Alternativo de México ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

***Paraguay***

Dr. Roberto E. Dullak Peña  
Viceministro de Salud Pública y Bienestar Social  
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social  
Asunción

Sr. José Méndez-Vall  
Primer Secretario  
Misión Permanente de Paraguay  
ante la Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

Dr. Mark A. Abdo  
Special Assistant to the Director  
Office of Global Health Affairs  
Department of Health and Human Services  
Rockville, MD

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. Chuya Lane  
International Health Officer  
for the Americas  
Office of Global Health Affairs  
Department of Health and Human Services  
Washington, D.C.

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

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

Ms. Mary Lou Valdez  
Deputy Director for Policy  
Office of Global Health Affairs  
Department of Health and Human Services  
Rockville, Maryland

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

**Spain**  
**España**

Dr. Juan Romero de Terreros  
Embajador, Observador Permanente de España  
ante la Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sr. Enrique Asorey Brey  
Observador Permanente Alternativo de España  
ante la Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

Dr. Alejandro Arnal  
Canciller  
Misión Permanente de España ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

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

Sra. Inés Bustillo  
Sr. Rex García

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

Mrs. Jane Thery

*Representatives of Nongovernmental Organizations*  
*Representantes de Organizaciones No Gubernamentales*

**Organization of American States/Organización de Estados Americanos**  
**International Women Commission/Comisión Internacional de Mujeres**

Dr. Mercedes Kremenetzky

**American Society for Microbiology**  
**Sociedad Estadounidense de Microbiología**

Mr. Stanley Malone  
Ms. Lily Schuermann

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

Ing. Horst Otterstetter

**Latin American Association of Pharmaceutical Industries**  
**Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas**

Dr. Rubén Abete

*Representatives of Nongovernmental Organizations* (cont.)  
*Representantes de Organizaciones No Gubernamentales* (cont.)

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

Dr. Norberto Cabutti

**National Alliance for Hispanic Health**  
**Alianza Nacional para la Salud Hispana**

Ms. Marcela Gaitán

**United States Pharmacopeia**

Ms. Nancy Blum  
Dr. Victor Pribluda

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

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

Dr. Mirta Roses Periago  
Director  
Directora

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

Dr. Joxel García  
Deputy Director  
Director Adjunto

Dr. Carissa Etienne  
Assistant Director  
Subdirectora

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

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

Dr. Sharon Frahler  
Director of Administration, a.i.  
Directora Interina de Administración

- - -