



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



140.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 25 al 29 de junio del 2007

CE140/FR (Esp.)
29 de junio del 2007
ORIGINAL: INGLÉS

INFORME FINAL

ÍNDICE

Página

Apertura de la sesión	6
Asuntos relativos al reglamento	
Mesa Directiva	7
Adopción del orden del día y del programa de reuniones	7
Representación del Comité Ejecutivo en la 27. ^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 59. ^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas	8
Orden del día provisional de la 27. ^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 59. ^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas	8
Asuntos relativos a los comités	
Informe sobre la Primera Sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración	9
Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS	10
Premio OPS en Administración 2007	10
Informe anual de la Oficina de Ética	11
Asuntos relativos a la política de los programas	
Proyecto de plan estratégico 2008-2012	12
Proyecto de presupuesto por programas 2008-2009	16
Eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita en las Américas: Informe sobre los progresos realizados	22
Gripe aviar e influenza pandémica: Informe sobre los progresos realizados	24
Malaria en las Américas: Informe sobre los progresos realizados	25
Plan de acción regional de recursos humanos para la salud 2007-2015	28
Preparativos para la mesa redonda sobre la seguridad sanitaria internacional	31
Iniciativa regional sobre los hospitales seguros	32
Estrategia y plan de acción regionales para la prevención y el control del cáncer cervicouterino	33
Estrategia para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud de los países de las Américas	37
Rostros, voces y lugares: Respuesta desde las comunidades a los Objetivos de Desarrollo del Milenio	39

ÍNDICE (cont.)

	<i>Página</i>	
Asuntos relativos a la política de los programas (cont.)		
Prevencción y control del dengue en las Américas: Enfoque integrado y lecciones aprendidas	42	
Política y estrategia regionales para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente	44	
Asuntos administrativos y financieros		
Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público.....	46	
Plan Maestro de Inversiones de Capital.....	49	
Informe sobre la recaudación de las cuotas	51	
Proceso para implantar la nueva escala de cuotas con base en la nueva escala de la OEA	52	
Informe financiero parcial del Director para 2006	53	
Informe sobre las actividades de la Unidad de los Servicios de Supervisión Interna	55	
Asuntos de personal		
Reforma de la contratación en la OPS y ratificación de las modificaciones del Reglamento del Personal de la OSP.....	57	
Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OPS.....	58	
Asuntos de información general		
Recursos humanos de la OPS: Perfil del personal.....	59	
Resoluciones y otras acciones de la 60. ^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS	60	
Actualización sobre el proceso para el nombramiento del Auditor Externo	62	
Otros asuntos.....		62
Agenda de Salud para las Américas, 2008-2017	62	
Carta Social de las Américas	63	
Factores sociales determinantes de la salud.....	63	
La salud pública, la innovación y la propiedad intelectual.....	64	
Información actualizada sobre la negociación de un acuerdo de Sede.....	65	

ÍNDICE (cont.)

	<i>Página</i>
Clausura de la reunión	66
Resoluciones y decisiones	66
Resoluciones	
CE140.R1 Premio OPS en Administración: Cambios en las normas y procedimientos	66
CE140.R2 Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS.....	67
CE140.R3 Recaudación de las cuotas	67
CE140.R4 Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público.....	69
CE140.R5 Escala de cuotas	70
CE140.R6 Fondo Maestro de Inversiones de Capital.....	70
CE140.R7 Proyecto de plan estratégico 2008-2012.....	72
CE140.R8 Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud 2008-2009	74
CE140.R9 Cuotas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud 2008-2009	79
CE140.R10 Eliminación de la rubéola y síndrome de rubéola congénita en las Américas	82
CE140.R11 Malaria en las Américas	84
CE140.R12 Premio OPS en Administración 2007	87
CE140.R13 Plan regional de acción de recursos humanos para la Salud, 2007-2015	87
CE140.R14 Modificaciones del Reglamento del Personal de la OSP.....	90
CE140.R15 Hospitales seguros: Iniciativa regional sobre los establecimientos sanitarios capaces de resistir los efectos de los desastres.....	92
CE140.R16 Estrategia para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud de los países de las Américas	94
CE140.R17 Prevención y control del dengue en las Américas	97

ÍNDICE (cont.)

Página

Resoluciones (cont.)

CE140.R18	Política y estrategia regionales para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente	99
CE140.R19	Orden del día provisional de la 27. ^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 59. ^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas	102

Decisiones

CE140(D1)	Adopción del orden del día	102
CE140(D2)	Representación del Comité Ejecutivo en la 27. ^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 59. ^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas	103

Anexos

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

INFORME FINAL

Apertura de la sesión

1. La 140.^a sesión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se celebró en la sede de la Organización, en Washington, D.C., del 25 al 29 de junio del 2007. La sesión contó con la presencia de delegados de los siguientes nueve Miembros del Comité Ejecutivo elegidos por el Consejo Directivo: Antigua y Barbuda, Canadá, Chile, Cuba, Estados Unidos de América, Panamá, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela. También asistieron delegados de los siguientes Estados Miembros y Estados Observadores en calidad de observadores: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, España, Francia y México. Además, estuvieron representadas cuatro organizaciones intergubernamentales y cinco organizaciones no gubernamentales.

2. La doctora Nancy Pérez (Venezuela, presidenta del Comité Ejecutivo) inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes. Manifestó que era un honor para ella presidir las deliberaciones del Comité, y esperaba con interés compartir experiencias de su país al abordar temas de salud y temas sociales, además de aprender de las experiencias de otros países. Recalcó la necesidad de que la OPS trabajara de una manera integrada, centrándose no solo en los asuntos de salud propiamente dichos sino también en los factores sociales determinantes de la salud, ya que las enfermedades como la malaria, el dengue y la infección por el VIH/sida no podían separarse del contexto en el que ocurrían, y las iniciativas para combatirlos no podían ser realmente eficaces a menos que también se tomaran medidas para resolver los males sociales como la pobreza y el analfabetismo. En su opinión, el Comité Ejecutivo debía ser un foro para el diálogo y el intercambio de opiniones sobre los temas que deberían figurar en el programa de salud pública para la Región. Si bien el orden del día para la sesión del Comité incluía algunos de esos temas, el Gobierno de Venezuela consideraba que también debería reflejar los asuntos vinculados estrechamente con la salud que se estaban debatiendo en otros foros, especialmente en la Organización de los Estados Americanos (OEA).

3. En consecuencia, proponía que los temas siguientes, la mayoría de los cuales habían generado resoluciones o declaraciones durante el reciente XXXVII Período Ordinario de Sesiones de la Asamblea General de la OEA, se incluyeran en el orden del día de la sesión del Comité, con el objetivo de presentarlos después para su consideración por los ministros de salud de la Región en la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana: atención primaria de salud; factores sociales determinantes de la salud; medicamentos y propiedad intelectual; alcoholismo, violencia y discapacidad; Carta Social de las Américas: Renovación del compromiso hemisférico del combate a la pobreza en la Región; Coordinación del voluntariado en el Hemisferio para la respuesta a los desastres naturales y la lucha contra el hambre y la pobreza “Iniciativa Cascos Blancos”; Programa Interamericano para el Registro Civil Universal y el “Derecho a la Identidad”; Pobreza,

Equidad e Inclusión social: seguimiento a la Declaración de Margarita; Erradicación del analfabetismo y lucha contra las enfermedades que afectan el desarrollo integral; Mecanismo de seguimiento de la implementación de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, “Convención de Belém do Pará”; La importancia de la nutrición para el logro de mayores niveles de salud y desarrollo integral; Apoyo a los esfuerzos para la erradicación de la desnutrición infantil en las Américas; Reunión Interamericana sobre aspectos económicos, sociales y ambientales vinculados a la disponibilidad y acceso al agua potable; y El agua, la salud y los Derechos Humanos.

4. La doctora Mirta Roses (Directora, Oficina Sanitaria Panamericana) agradeció a la presidenta sus comentarios inspiradores, que habían marcado la pauta para la sesión. Luego de extender la bienvenida a los participantes expresó su confianza en que la sesión sería sumamente fructífera.

Asuntos relativos al reglamento

Mesa Directiva

5. Los Miembros que habían sido elegidos para integrar la Mesa Directiva en la 139.^a sesión del Comité y que continuaron desempeñando sus cargos respectivos en la 140.^a sesión fueron los siguientes:

Presidencia: Venezuela (Dra. Nancy Pérez)

Vicepresidencia: Antigua y Barbuda (Sr. H. John Maginley)

Relatoría: Estados Unidos de América (Sr. Mark Abdo)

6. La Directora sirvió como Secretaria *ex officio*, y la doctora Cristina Beato (Directora Adjunta, Oficina Sanitaria Panamericana [OSP]), actuó como Secretaria Técnica.

Adopción del orden del día y del programa de reuniones (documentos CE140/1, Rev. 1 y CE140/WP/1)

7. Después de un prolongado debate acerca de la factibilidad de agregar al programa algunos o todos los puntos mencionados por la presidenta en sus palabras de apertura, se acordó que bajo la rúbrica “Otros asuntos” se presentarían informes breves acerca del estado de las negociaciones sobre la Carta Social de las Américas, el trabajo de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud y sobre el tema Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual, abordado recientemente por la Asamblea Mundial de la Salud.

8. Se señaló que el orden del día lo había aprobado el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración en marzo del 2007 y que ya era bastante largo. Si bien el Comité estuvo de acuerdo en la importancia de los asuntos mencionados por la presidenta, la mayoría de los Miembros opinaron que agregar esos puntos como temas formales del orden del día reduciría demasiado el tiempo asignado al examen de otros temas de importancia crucial para el futuro de la Organización, como el Plan estratégico para 2008-2012 y el Proyecto de Presupuesto por Programas 2008-2009. Varios Miembros también observaron que muchos de los temas de interés para la presidenta se habían tratado en el Plan estratégico y, por lo tanto, podrían considerarse cuando el Comité abordara ese tema.

9. La Directora dijo que el Comité quizá quisiera recomendar que en el orden del día de sesiones futuras se incluyera un tema sobre las resoluciones de la OEA de interés para la OPS, similar al tema sobre las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud de interés para los Cuerpos Directivos de la OPS. Con esta finalidad, la Oficina podría preparar un cuadro que mostrara las resoluciones de la OEA y las resoluciones y actividades afines de la OPS, como el cuadro que figuraba en el documento CE140/INF/2.

10. El Comité aprobó el orden del día provisional sin cambios. El Comité también aprobó un programa de reuniones (decisión CE140[D1]).

Representación del Comité Ejecutivo en la 27.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 59.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE140/3)

11. De conformidad con el Artículo 54 del Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo nombró a los delegados de Venezuela y Antigua y Barbuda, titulares de la Presidencia y la Vicepresidencia, respectivamente, para representar al Comité en la 27.ª Conferencia Sanitaria Panamericana. Se designó a Canadá y los Estados Unidos de América como representantes suplentes de Venezuela y de Antigua y Barbuda, respectivamente (decisión CE140[D2]).

Orden del día provisional de la 27.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 59.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE140/4, Rev. 1)

12. El Comité consideró el orden del día provisional preparado por la Directora de conformidad con el párrafo B del Artículo 14 de la Constitución de la OPS y el Artículo 8 del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana, y estuvo de acuerdo en eliminar el tema 4.9, “Estrategia y plan de acción regionales para la prevención y el control del cáncer cervicouterino”, como resultado de sus debates sobre el tema realizados durante la 140.ª sesión (véanse los párrafos 114 a 128). El Comité también acordó que se presentaría a la Conferencia un informe sobre el resultado de la conferencia internacional de atención primaria de salud que iba a celebrarse en la

Argentina en agosto (véase el párrafo 142); además, fuera del programa formal, se presentaría una sesión informativa sobre los factores sociales determinantes de la salud. Se señaló que el programa era muy largo, y se instó a la Directora a que mantuviera toda presentación por el personal de la Oficina lo más breve posible para que los Estados Miembros tuvieran tiempo suficiente para debatir el tema.

13. El Comité aprobó el orden del día provisional con las modificaciones señaladas, (resolución CE140.R19).

Asuntos relativos a los comités

Informe sobre la Primera Sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración (documento CE140/5)

14. El señor Nick Previsich (Canadá, Presidente del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) presentó el informe sobre la primera sesión del Subcomité, señalando que algunos de los temas considerados por el Subcomité también serían examinados por el Comité Ejecutivo durante la 140.^a sesión y que informaría sobre esos temas en el momento en que el Comité los abordara. Los siguientes temas considerados por el Subcomité no figuraban en el orden del día del Comité: la elaboración de la Agenda de Salud para las Américas, 2008-2017; el Proyecto de plan estratégico a plazo medio 2008-2013 de la OMS y el Anteproyecto de presupuesto por programas de la OMS, 2008-2009; el Informe sobre las contribuciones voluntarias; y Fortalecimiento de las relaciones entre la OPS y las organizaciones no gubernamentales. Además, el Subcomité había considerado una propuesta en cuanto a los detalles del foro de los candidatos al puesto de Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) y había considerado el orden del día para la 140.^a sesión del Comité Ejecutivo, así como un cronograma preliminar para la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana. Agregó que las observaciones del Subcomité acerca de todos esos temas podían encontrarse en el informe final de su primera sesión (documento SPBA1/FR, anexo al documento CE140/5).

15. En el debate que siguió, el Delegado de Antigua y Barbuda, al señalar que el Subcomité había examinado la situación de varios centros panamericanos, dijo que los Ministros de Salud de la región del Caribe estaban tratando diversos temas de gobernanza relacionados con las instituciones regionales del Caribe, entre otras el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), y que estaban buscando determinar los mecanismos adecuados para conseguir el financiamiento suficiente para dichos centros. Agradeció a la Directora su apoyo para estas iniciativas y aseguró al Comité que los gobiernos del Caribe seguían comprometidos con el funcionamiento continuo de los dos centros.

16. El Comité elogió y agradeció al Subcomité su trabajo y tomó nota del informe.

Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS (documento CE140/7)

17. El señor Previsich (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había examinado la colaboración entre la OPS y una organización no gubernamental, la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (Confemel). Sobre la base del examen de la documentación suministrada por la Oficina y la información recibida de la ONG, el Subcomité había recomendado la interrupción de las relaciones con Confemel, y señaló que sería aconsejable analizar la posibilidad de restablecer las relaciones oficiales en el futuro ya que la Organización parecía interesada en proseguir las relaciones con la ONG. El Subcomité había señalado que su recomendación se aplicaba solo a las relaciones oficiales formales con la Confemel; las relaciones de trabajo informales quizás podrían continuar, y las relaciones oficiales podrían restablecerse después de dos años, sobre la base de un nuevo plan de trabajo para la colaboración. El Subcomité había recalcado que el mantenimiento de unas relaciones fructíferas exigía esfuerzos por ambas partes, tanto la OPS como la organización no gubernamental y había alentado a la Oficina a que permaneciera atenta y se esforzara para velar por que todas las ONG que mantenían relaciones oficiales con la OPS cumplieran sus compromisos con la Organización.

18. El doctor Marco Becker (Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe, Confemel) dijo que la Confemel había aceptado las críticas de sus deficiencias y reconocido que había estado muy inactiva. Recientemente, en la Confederación se habían hecho elecciones, se estaban reformando sus estatutos y se esperaba que sería más eficaz en el futuro.

19. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE140.R2, acerca de la interrupción de las relaciones oficiales entre la OPS y la Confemel, con la posibilidad de restablecerlas en el futuro.

Premio OPS en Administración 2007 (documentos CE140/6, CE140/6, Add. I y CE140/6, Add. II)

Cambios en las normas y los procedimientos para la adjudicación del Premio OPS en Administración

20. El doctor Pedro Brito (Gerente del Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud, OPS) recordó que el Jurado para el Premio OPS en Administración, 2006 había recomendado que las normas y los procedimientos para la selección de los candidatos y los ganadores del premio debían adaptarse a las nuevas condiciones que repercutían en el campo de la salud, así como a la terminología utilizada actualmente. Señaló a la atención del Comité los cambios propuestos, enumerados en el anexo al documento CE140/6, Add. I.

21. El Comité aprobó la resolución CE140.R1, mediante la que se aprobaban los cambios propuestos.

Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración 2007

22. La señora Kate Dickson (Canadá) informó que el Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración 2007, formado por representantes de Canadá, Trinidad y Tabago y Uruguay, se había reunido el 27 de junio del 2007. Después de examinar cuidadosamente la documentación relativa a los candidatos propuestos por los Estados Miembros, el Comité había decidido otorgar el premio al doctor Armando Mariano Reale, de la Argentina, por su contribución a la modernización de los sistemas de salud y seguridad social, propiciando la integración entre los sectores público y privado, la construcción de redes de prestadores en los distintos niveles de atención y la incorporación de nuevos modelos de financiamiento para el sector público y de la seguridad social.

23. El Comité aprobó la resolución CE140.R12, para ratificar la decisión del Jurado.

Informe anual de la Oficina de Ética (documento CE140/27)

24. El presidente sometió a la consideración del Comité el documento CE140/27 y ofreció el uso de la palabra para el debate.

25. El Comité recibió con beneplácito el informe, y reconoció los empeños de la Organización para promover una cultura de ética y responsabilización, y para establecer un sistema eficaz de integridad y de resolución de conflictos. Estaba claro que la Oficina de Ética había contribuido, mediante asesoramiento y capacitación, a que los funcionarios tomaran decisiones éticas y a velar por el acatamiento de todas las reglas y políticas aplicables sobre las normas de conducta para los funcionarios de la OPS.

26. El Comité apoyó la idea de un curso obligatorio en línea sobre el Código de Principios Éticos y Conducta de la OSP, así como la decisión de la Oficina de Ética de proseguir con 13 investigaciones de presuntas infracciones al Código. Reconociendo que esas investigaciones podrían crear todavía más tensiones internas, el Comité respaldó el plan para elaborar un manual de procedimientos de investigación, protección del denunciante y directrices de política para evitar que se volviera a contratar a funcionarios o a contratistas culpables de infracciones éticas. Se sugirió que la política de las Naciones Unidas sobre la protección del denunciante podría servir como recurso. El Comité pidió información acerca de la relación de la Oficina de Ética de la OPS con la Unidad de Servicios de Supervisión Interna de la OMS y recalcó la necesidad de velar por que hubiese coordinación entre ellas y evitar así la superposición de sus actividades.

27. El señor Philip MacMillan (Jefe de la Oficina de Ética, OPS) informó que en

julio del 2007 se lanzaría una campaña de sensibilización, con folletos para todos los funcionarios y carteles para todas las oficinas, con miras a recalcar la importancia de la conducta ética e informar al personal de los medios que estaban a su alcance para hacer preguntas o informar sobre conductas poco éticas. El programa de capacitación en línea se pondría a la disposición en CD para utilizarlo en algunos países donde el acceso a Internet era problemático. Resultaba alentador que la Oficina de Ética estuviese recibiendo un número cada vez mayor de preguntas sobre temas éticos, incluso en forma anónima mediante el servicio de ayuda sobre ética.

28. Presentó un panorama del Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos ubicado en la web, que estaba casi 80% completo y que también se lanzaría en julio del 2007. El sistema le ofrecía al personal nueve recursos para resolver problemas éticos, y daba orientación sobre el recurso más apropiado, según su caso. La Unidad de Servicios de Supervisión Interna era una de las nueve, y se habían iniciado las actividades para cerciorarse de que la información sobre el recurso que se debería utilizar en una situación determinada fuera clara y exacta, lo que ayudaría a reducir al mínimo la superposición.

29. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe de la Oficina de Ética.

Asuntos relativos a la política de los programas

Proyecto de plan estratégico 2008-2012 (Documento oficial 328)

30. El señor Previsich (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) presentó el tema y destacó los puntos principales del debate en el SPBA de una versión preliminar del Plan estratégico en su primera sesión en marzo. En lo relativo a si deberían fusionarse unos objetivos estratégicos para armonizar el Plan estratégico de la OPS con el Plan estratégico a Plazo Medio de la OMS, el Subcomité había opinado que la Región no necesariamente debía seguir lo que había decidido la OMS sobre el asunto. En el Subcomité hubo consenso para que los Objetivos Estratégicos 1 y 2 se mantuvieran separados, mientras que los Objetivos Estratégicos 10 y 11 podrían combinarse; los Objetivos Estratégicos 13 y 14 también debían permanecer separados. Con relación al Objetivo Estratégico 13, varios delegados habían recalcado la importancia fundamental de los temas de la fuerza laboral de salud, en especial la migración del personal sanitario que ocurre en las Américas.

31. En cuanto a las asignaciones presupuestarias para los diversos objetivos estratégicos, varios delegados pensaban que la cantidad asignada para las enfermedades no transmisibles era demasiado pequeña en relación con la magnitud del problema. Los delegados también expusieron sus inquietudes por el número y lo ambicioso de algunos de los indicadores y metas, y se preguntaban si era realista esperar que sería posible su consecución en el plazo previsto y con los recursos asignados. Se había recalcado la

necesidad de que los indicadores fueran factibles, cuantificables, basados en datos probatorios y que reflejaran verdaderamente las prioridades de la Organización. El Subcomité había hecho varias recomendaciones para mejorar el contenido, el estilo y la redacción del documento. Se había sugerido en particular la conveniencia de que en el documento se explicara mejor el método utilizado para formular el Plan estratégico y, especialmente, cómo se habían fijado las prioridades y cómo se habían tomado las decisiones de asignación de recursos ante las prioridades en competencia. También en cuanto al método, se había recalado la necesidad de distinguir claramente entre actividades, metas y enfoques estratégicos.

32. El doctor Daniel Gutiérrez (Gerente del Área de Planificación, Presupuesto por Programas y Apoyo a Proyectos, OPS) observó que debería adaptarse la versión del Plan estratégico que figuraba en el *Documento oficial 328* para armonizarla con la Agenda de Salud para las Américas, 2008-2017, aprobada a comienzos de junio y con la versión definitiva del Plan estratégico a Plazo Medio de la OMS aprobado en mayo de 2007. Sin embargo, de acuerdo con las recomendaciones del SPBA, los objetivos estratégicos 10, 11, 13 y 14 se mantendrían separados y, por consiguiente, en el Plan estratégico de la OPS se mantendrían 16 objetivos. Además, hacían falta planes de trabajo bienales para terminar el Plan y finalizar los resultados previstos a nivel regional con sus indicadores y metas respectivos. En ese momento, todas las áreas de trabajo de la Organización estaban elaborando esos planes. La Oficina haría los ajustes mencionados e incorporaría las observaciones del Comité Ejecutivo en la versión definitiva del documento, que se presentaría a la Conferencia Sanitaria Panamericana para su aprobación en octubre del 2007.

33. El Comité Ejecutivo elogió la versión revisada del Plan estratégico que, en opinión de los Miembros, se había mejorado mucho. Se consideró que el documento estaba bien alineado con el Plan estratégico a Plazo Medio de la OMS, y al mismo tiempo mostraba un grado encomiable de especificidad regional. No obstante, el Comité pensaba que el documento podía mejorarse más y, por consiguiente, recibió con beneplácito la disposición de la Oficina de seguir recibiendo comentarios de los Estados Miembros antes de la Conferencia Sanitaria Panamericana. Varios delegados, aunque reconocían la complejidad inherente de alinear el Plan estratégico con la Agenda de Salud para las Américas, el Undécimo Programa General de Trabajo y el Plan estratégico a plazo medio de la OMS, instaron a la Oficina a que acortara y simplificara el documento para facilitar el análisis y la comprensión del mismo, tanto por los Estados Miembros como por los funcionarios de la OPS. En ese sentido, se recomendó encarecidamente que la Oficina exigiera a todos los funcionarios de la OPS que participaran en una capacitación encaminada a familiarizarlos plenamente con el Plan y a explicarles en qué forma sus actividades programáticas respectivas contribuían a la consecución de los objetivos estratégicos y los resultados previstos. De lo contrario, había temor de que el documento sencillamente se archivara y se olvidara.

34. Varios delegados señalaron la necesidad de afinar más los resultados previstos y los indicadores a nivel regional para lograr que pudiera medirse el progreso. Se señaló, por ejemplo, que muchos de los indicadores se referían al número de países que hubieran creado una unidad del gobierno para realizar una actividad particular, pero que el mero establecimiento de una unidad no garantizaba que la actividad se llevaría a cabo eficazmente ni que tuviera alguna repercusión real. Además, el lenguaje utilizado en muchos de los indicadores era vago. Por ejemplo, varios de ellos mencionaban un “aumento sustancial,” pero el término “sustancial” no se había definido. También se sugirió que el número de indicadores debía reducirse y que debería hacerse un esfuerzo para identificar los indicadores con mayor poder discriminatorio.

35. Se recalcó la necesidad de la evaluación anual y bianual para conocer el progreso hacia la consecución de los resultados previstos. Los Miembros solicitaron una aclaración acerca del método de evaluación que se utilizaría y cómo abordaría la Oficina el conflicto de sincronización creado por el hecho de que el Plan estratégico quinquenal abarcaría tres bienios, o seis años. Se pidió a la Oficina que incluyera información más detallada sobre el seguimiento y la evaluación del Plan en la próxima versión del documento.

36. Se reconoció el esfuerzo realizado para fijar las prioridades programáticas, pero algunos delegados consideraban que se necesitaba más información, en especial un análisis del porcentaje del presupuesto total asignado a cada objetivo estratégico, para que los Estados Miembros pudieran ver la prioridad relativa acordada a cada área del programa. Al señalar la naturaleza multisectorial de muchos de los objetivos estratégicos, los delegados recalcaron la necesidad de coordinación e integración interprogramáticas para ejecutar el plan y lograr los resultados previstos. Varios delegados también destacaron la necesidad de un enfoque multisectorial para la consecución de los resultados previstos en el Plan estratégico. A este respecto, se opinó que el documento podría mejorarse si se agregaba un análisis de los factores determinantes económicos y sociales de los asuntos de salud que se abordarían de conformidad con el Plan.

37. Los delegados solicitaron y recibieron de diversos miembros de la Oficina, la aclaración de algunos puntos concretos con relación a los objetivos estratégicos. Además, varios delegados presentaron observaciones específicas por escrito. El representante del Banco Interamericano de Desarrollo, quien también presentó observaciones escritas, sugirió que los valores mencionados en el párrafo 8 del documento debían incluir la eficiencia y la eficacia en el uso de los recursos, lo que era motivo de preocupación importante en todos los países de la Región y había sido uno de los objetivos principales de las iniciativas de reforma del sector de la salud en los últimos años.

38. El doctor Gutiérrez alentó a todas las delegaciones a que presentaran sus observaciones por escrito y dijo que los Estados Miembros podrían seguir haciendo aportes al Plan estratégico electrónicamente por conducto del sitio de SharePoint hasta el

15 de agosto del 2007. La Oficina reconocía los puntos débiles del documento y en ese momento lo estaba revisando para corregir las incongruencias y otros problemas subrayados por los Miembros del Comité Ejecutivo, a mejorar los indicadores y las metas y lograr que el documento fuera más conciso. El proceso de preparar planes de trabajo bienales, que estaba en marcha, ayudaría a especificar problemas concretos con indicadores y metas que deberían abordarse antes de preparar la próxima versión del documento. Más aún, el Plan estratégico era flexible y permitiría que se hicieran otros ajustes en los próximos seis años para corregir cualquier problema que surgiera o responder a cualquier cambio en las circunstancias.

39. Algunas de las incongruencias y las repeticiones en el documento se debían a que en su redacción habían participado numerosos funcionarios de todas las áreas y niveles de la Organización. Sin embargo, esa participación amplia de los funcionarios en la formulación del Plan estratégico también había permitido que estuvieran conscientes del Plan y conocieran su contenido. Se estaba impartiendo más capacitación para el personal junto con los planes de trabajo bienales para 2008-2009. No quedaba duda de que el documento no se olvidaría porque iba a servir de guía para la planificación operativa durante los próximos seis años, y los gerentes no podrían tener acceso al financiamiento para sus actividades sin especificar la forma en que ellas se relacionaban con los resultados previstos y los indicadores estipulados en el Plan.

40. En realidad, el Plan estratégico abarcaría tres bienios, o seis años, porque no resultaba práctico desde un punto de vista operativo dividir un bienio, y al hacerlo se complicarían también el seguimiento y la evaluación. En consecuencia, el Plan estratégico para 2008-2012 abarcaría los bienios 2008-2009, 2010-2011 y 2012-2013, mientras que el próximo Plan, para 2013-2017, abarcaría los bienios 2014-2015 y 2016-2017.

41. La asignación de prioridades programáticas no había concluido; la Oficina estaba iniciando la segunda fase. Sin embargo, los Estados Miembros no debían esperar ningún cambio drástico en las asignaciones presupuestarias para los diversos objetivos estratégicos porque la mayor proporción del presupuesto se destinaba a financiar los puestos, no las actividades del programa, aunque en el futuro algunos puestos podrían desplazarse para reflejar mejor las prioridades.

42. Con respecto al método para el seguimiento y la evaluación del Plan, desde un punto de vista operativo el mismo se ejecutaría por medio de planes de trabajo bienales acordados con cada país y subregión. Los planes de trabajo bienales incluirían resultados previstos, indicadores y metas, que se vincularían a los resultados previstos, indicadores y metas a nivel regional. Para cada indicador, habría un punto de referencia de seis meses en el software de seguimiento y evaluación de la OPS. Esos dos puntos de referencia permitirían a la Oficina determinar si se estaban alcanzando los indicadores, lo que a su

vez permitiría evaluar si los resultados previstos a nivel regional se estaban logrando e informar a los Estados Miembros y a la OMS de qué forma las Américas habían contribuido a la consecución de los objetivos mundiales que figuraban en el Plan estratégico a Plazo Medio de la OMS.

43. La Directora deseaba plantear tres cuestiones en respuesta a las observaciones del Comité sobre el Plan estratégico. Primero, el sistema de planificación y evaluación de la Organización (AMPES) —que había existido durante 25 años y que era reconocido ampliamente como uno de los mejores de su tipo en el sistema de las Naciones Unidas— aportaba un instrumento sumamente fiable para evaluar el logro de los resultados previstos. Más aún, el AMPES le permitía a la Oficina vincular claramente el gasto con los resultados a todo lo largo de la cadena de resultados, desde el nivel de país hasta el nivel mundial.

44. Segundo, mientras que el Plan estratégico se aplicaba principalmente a la Oficina, la consecución de los objetivos estratégicos incluiría a toda la Organización, en especial a los Estados Miembros. Las metas e indicadores para los diversos objetivos los había propuesto principalmente la Oficina; la decisión de si proseguirían una meta en particular le incumbiría a los Estados Miembros individualmente. En algunos casos, quizá fuese factible que un país se comprometiera a lograr una meta sólo parcialmente. En otros casos, una meta no sería pertinente para algunos países por haberla alcanzado ya, aunque esos países quizá pudieran comprometerse a mantener su situación o a ayudar a otros países a lograr la meta. El punto era que si los Estados Miembros aprobaban una dirección estratégica amplia para las actividades programáticas, estaban comprometiendo a toda la Organización a que trabajara para conseguir esa meta.

45. Tercero, otras organizaciones y personas también participarían en la ejecución del Plan estratégico. Se entendía que el logro de los resultados estipulados en el Plan exigiría tanto recursos financieros como de otro tipo por parte de los donantes y de otros socios. Sin embargo, esas contribuciones tendrían que ser coherentes con las orientaciones planteadas en el Plan estratégico; la OPS no proseguiría actividades en otras esferas sencillamente para obtener recursos. Llegado el momento del seguimiento y la evaluación, lo que se mediría sería la contribución concreta de la OPS al logro de los resultados globales.

46. El Comité aprobó la resolución CE140.R7, para recomendar que la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana aprobara el proyecto de Plan estratégico 2008-2012.

Proyecto de presupuesto por programas 2008-2009 (documento oficial 327 y documento CE140/28)

47. El señor Previsich (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración), al informar sobre el debate en el SPBA de una versión anterior del proyecto de presupuesto por programas en marzo del 2007, dijo que el Subcomité había solicitado otros detalles sobre el método utilizado para calcular los aumentos de costo y sobre las hipótesis que habían servido de base para esos cálculos. También había solicitado que en el proyecto de presupuesto que se iba a presentar al Comité Ejecutivo figuraran situaciones opcionales para el presupuesto y se ofreciera un análisis de las repercusiones sobre los programas si el aumento propuesto de las contribuciones de los Estados Miembros no fuese aprobado o si no ocurriera el aumento previsto de las contribuciones voluntarias. Con relación a esto último, varios delegados se habían preguntado si la proyección de la OPS de un aumento de 30% era realista. El Subcomité había hecho varias sugerencias con respecto al formato y contenido del documento del presupuesto, en particular la inclusión de datos que mostraban la proporción del presupuesto total asignado a cada objetivo estratégico en el presupuesto 2006-2007 y en el proyecto de presupuesto 2008-2009. También se había sugerido que el documento debería incluir una gráfica circular que mostrara la repercusión sobre los fondos del programa que tendrían los aumentos relacionados con los puestos obligatorios y la aplicación de las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público y el proyecto de Plan Maestro de Inversiones de Capital.

48. El señor Román Sotela (Jefe de la Unidad de Planificación y Presupuesto por Programas, OPS) señaló a la atención el *Documento oficial 327*, Proyecto de Presupuesto por Programas para 2008-2009, y al documento CE140/28, donde figuraba la información solicitada por el SPBA con respecto a la repercusión en el programa de un presupuesto de crecimiento nominal cero y la asignación de prioridades a los 16 objetivos estratégicos. Luego, pasó a examinar las diversas fuentes de financiamiento del presupuesto (cuadro 1 del *Documento oficial 327*), e indicó que la información era la misma que se había presentado al SPBA, con una excepción: la proporción aportada por la OMS al presupuesto ordinario se había reducido en US\$ 3,5 millones¹ porque la 60.^a Asamblea Mundial de la Salud había asignado \$81.501.000 a las Américas, y no los \$85.000.000 solicitados. El aumento propuesto de las contribuciones de los Estados Miembros de la OPS seguía siendo de 3,9%, cantidad que se utilizaría para ayudar a compensar los aumentos de costo para los puestos de plazo fijo. Aun así, un aumento de 3,9% daría lugar a una reducción promedio de 23% de las actividades regionales del programa. Las reducciones asociadas con varias situaciones alternativas figuraban en el documento CE140/28.

¹ A menos que se indique otra cosa, todas las cantidades monetarias que figuran en este informe se expresan en dólares de los Estados Unidos.

49. De conformidad con la Política del Presupuesto Regional por Programas aprobada en el 2004, la proporción regional del presupuesto seguía bajando, mientras que las proporciones de país y subregionales seguían aumentando. Los anexos 4 y 5 del *Documento oficial 327* mostraban el efecto de la aplicación de la política a nivel de país. En el entorno predominante de reducción de los fondos, la Oficina había adoptado varias medidas para reducir los costos y mejorar su eficiencia en la utilización de los recursos, entre ellas, eliminación de puestos, descentralización de muchos puestos regionales para trasladarlos al campo y fusión de programas con algunos centros panamericanos. El número de puestos de duración determinada se encontraba actualmente en su nivel más bajo en 30 años, al pasar de más de 1.200 en 1980-1981 a 778, hoy en día.

50. En el debate que siguió, el Comité Ejecutivo expresó su agradecimiento por la información suministrada en respuesta a las solicitudes del SPBA, en particular los otros detalles en cuanto a la base para el aumento propuesto, la información sobre asignación de prioridades a los objetivos estratégicos y las situaciones alternativas presentadas en el documento CE140/28. El Comité encontró que el formato y la estructura del documento del presupuesto eran satisfactorios, aunque se sugirió que, del mismo modo que el Plan estratégico, debería hacerse un esfuerzo para acortarlo y simplificarlo. También se dijo que sería conveniente que el documento agregará más información sobre las contribuciones voluntarias proyectadas y la utilización de esos fondos de acuerdo con las prioridades estratégicas de la Organización. Al igual que el Subcomité, el Comité Ejecutivo ponía en duda si el cálculo de las contribuciones voluntarias era realista y si una cantidad suficiente de las contribuciones voluntarias no iba a estar destinada a una finalidad particular y esto le permitiría a la OPS ejecutar su programa y lograr los resultados previstos. El Comité también destacó la necesidad de refinar algunos de los indicadores y de reducir su número, para conservar los de mayor poder discriminatorio y así facilitar la medición de los resultados.

51. Los miembros del Comité solicitaron una aclaración con respecto a los criterios adoptados para asignar prioridades a los objetivos estratégicos y la justificación de algunos de los cambios hechos en la distribución de los recursos entre los diversos objetivos desde la sesión del SPBA, en marzo. Se señaló, por ejemplo, que la asignación para el objetivo estratégico 10 se estaba reduciendo en 4,1% con respecto a la cantidad asignada en 2006-2007, aunque ese objetivo abarcaba la atención primaria de salud, que los Estados Miembros habían designado claramente como una prioridad. También se señaló que el objetivo estratégico 16, relacionado con las funciones administrativas, había recibido la mayor asignación, lo cual parecía indicar que esa era, aparentemente, la prioridad más alta de la Organización. Los delegados de la subregión del Caribe señalaron que se había asignado relativamente poco a la prevención y el control de las enfermedades crónicas, aunque ellas constituían un problema grave y se había determinado que tenían la máxima prioridad en todos los países del Caribe.

52. Se señaló que el costo de la aplicación de las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público y el Plan Maestro de Inversiones de Capital, a pesar de que se mencionaba en la parte narrativa del presupuesto, todavía no se había incorporado en el presupuesto mismo. Se instaba a la Oficina a que asignara fondos en el presupuesto ordinario para inversiones de capital constantes. También se señaló que el presupuesto no mostraba un desglose de los recursos por los niveles de país, subregional y regional.

53. Con respecto al aumento propuesto de 3,9% en las contribuciones de los Estados Miembros, las opiniones estuvieron divididas, ya que algunos delegados abogaban por un crecimiento nominal cero en el presupuesto de la Organización, mientras otros consideraban que el aumento estaba justificado y era necesario para que la Organización pudiera satisfacer las exigencias de los Estados Miembros. Un delegado —al reconocer las inquietudes de los países que aplicaban políticas de crecimiento nominal cero— señaló que no podía esperarse que la OPS respondiera eficazmente a las amenazas como la gripe aviar o a sucesos impredecibles como los desastres naturales, a menos que tuviera recursos suficientes. Otra delegada observó que las tendencias económicas actuales parecían positivas y que, por consiguiente, la Organización quizá recibiera ingresos varios considerablemente más altos que en 2006-2007. Esperaba que, para la fecha de la Conferencia Sanitaria Panamericana, la Oficina tendría una idea mejor de cuánto podría esperar en ingresos varios.

54. El señor Sotela, respondiendo a las observaciones en cuanto al formato y contenido del documento del presupuesto, dijo que debido a que el presupuesto estaba vinculado estrechamente con el Plan estratégico, a medida que la Oficina revisara y simplificara el Plan estratégico, el documento del presupuesto también se simplificaría. Con respecto a los recursos desglosados por niveles de país, subregional y regional, observó que los niveles de financiamiento para los países se mostraban en los anexos 4 y 5 del *Documento oficial 327*. Los detalles de los programas de país y subregionales, incluidas las prioridades nacionales y subregionales y la cantidad de dinero asignada a cada uno, se agregarían antes de la Conferencia Sanitaria Panamericana. Normalmente, esa información se suministraba en el documento del presupuesto presentado al Comité Ejecutivo; sin embargo, debido a que los programas de país y subregionales se vinculaban al Plan estratégico, que todavía se estaba terminando, no se tenía esa información.

55. Con respecto a los criterios aplicados para asignar prioridades a los objetivos estratégicos, estos figuraban en el párrafo 9 del documento CE140/28. Como resultado de la primera ronda de asignación de prioridades programáticas, las partidas para los objetivos estratégicos 1, 2, 3, 4, 7, 11, 12 y 15 habían subido con respecto a las cantidades estipuladas en el documento presentado al SPBA en marzo, mientras que las partidas para los objetivos estratégicos 5, 6, 8, 9, 10, 14 y 16 habían bajado. Esos cambios reflejaban tanto tendencias históricas como las necesidades y realidades

actuales, entre ellas ciertos niveles de financiamiento establecidos por la OMS. La partida para el objetivo estratégico 16 era grande porque comprendía la mayoría de las funciones que hacían posible la cooperación técnica de la OPS; si bien había subido la partida para ese objetivo, se trataba del aumento más pequeño otorgado a cualquiera de los objetivos (2,1%). Las enfermedades crónicas estaban abarcadas en el objetivo estratégico 3, cuya partida había aumentado casi en 48% con respecto a la cantidad asignada en 2006-2007. Con respecto al objetivo estratégico 10, la partida del presupuesto ordinario para 2008-2009 en realidad subiría con respecto a 2006-2007. La reducción de 4,1% mostrada en el *Documento oficial 237* era el resultado de un ajuste en la cantidad prevista de contribuciones voluntarias, que se había sobreestimado en 2006-2007. Si los Estados Miembros deseaban que se asignaran más fondos a esta u otras áreas, la Oficina haría los ajustes necesarios.

56. En cuanto al costo de ejecutar el Plan Maestro de Inversiones de Capital, se había previsto que la mayor parte del financiamiento inicial del Fondo Maestro de Inversiones de Capital provendría del Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles actual y del Fondo de Bienes de Capital así como de cualquier excedente de fondos que quedara a fines del bienio 2006-2007, y no del presupuesto ordinario 2008-2009. Algunos fondos del presupuesto ordinario se gastarían sencillamente debido a costos de personal asociados con las funciones de tecnología de la información, mantenimiento y reparación de edificios, y áreas afines. Sin embargo, no era factible prever el financiamiento del Fondo Maestro de Inversiones de Capital al nivel propuesto de \$8 millones totalmente del presupuesto ordinario, ya que al hacerlo no quedaría ningún financiamiento para muchos de los programas técnicos de la Organización. Parecía que la OPS concluiría el bienio 2006-2007 con un superávit sustancial, gracias a unos ingresos varios superiores a los previstos y al cobro, en el 2006, de un nivel sumamente alto de cuotas atrasadas. Esa situación, que no tenía probabilidades de ocurrir nuevamente, había creado una oportunidad para que los Estados Miembros apartaran los fondos necesarios para pagar los principales gastos de capital en el futuro. Esperaba que aprovecharían esa oportunidad al aprobar el Plan Maestro de Inversiones de Capital.

57. Con respecto a las contribuciones voluntarias, la OPS estaba trabajando para aumentar el nivel de los fondos no asignados a un fin particular, pero la mayoría de las contribuciones voluntarias de la OPS seguían teniendo una finalidad especial. No obstante, la Oficina creía que los objetivos estratégicos y los resultados previstos a nivel regional eran lo bastante amplios para atraer el nivel proyectado de financiamiento voluntario, aunque también era cierto que podrían estar destinados a áreas diferentes a las que tenían mayores necesidades de financiamiento.

58. La Directora recalcó que todo ingreso recibido, ya fuese de las cuotas de los Estados Miembros o de contribuciones voluntarias, se utilizaría para atender las prioridades y alcanzar los objetivos aprobados por los Estados Miembros en el Plan

estratégico. Era importante tener presente que el presupuesto de la OPS estaba estructurado no solo por temas sino también por niveles —regional, subregional y nacional— y que casi 50% de los recursos totales se asignaban a los países. Cada país decidía cuál sería la prioridad que se asignaría a cada área dentro de su partida presupuestaria, lo que permitía mayor especificidad en el uso de los recursos, al igual que sucedía con las partidas subregionales, que representaban casi 7% del presupuesto. Por lo tanto, los países del Caribe podrían decidir si asignaban una parte mayor de sus presupuestos a la prevención y el control de las enfermedades crónicas, mientras que los países de otras subregiones quizá optarían por asignar una proporción mayor a la atención primaria de salud o a otras actividades.

59. También era importante entender que el presupuesto de la Organización estaba dividido en dos partes: una para los costos de personal y la otra para actividades del programa. Algunos programas y algunas oficinas y programas de país tenían pocos puestos y, por lo tanto, una porción mayor de sus presupuestos podría asignarse a las actividades del programa. Es más, gran parte del personal de apoyo en las oficinas de país de la OPS trabajaba en el ministerio de salud o en otras instituciones nacionales y era destacado a la OPS en comisión de servicio; por consiguiente, esos costos de personal no estaban incluidos en el presupuesto de la Organización. En muchos casos, los países también contribuían con los edificios y los servicios para las oficinas de país. Esos países, aunque no se consideraban como “países donantes” en el sentido tradicional del término, efectuaban una contribución enorme al mantenimiento de la Organización, con lo cual esta podía aprovechar mejor sus recursos limitados.

60. El grueso del apoyo administrativo de la OPS (las funciones mencionadas por el señor Sotela bajo el objetivo estratégico 16) estaba concentrado a nivel regional. La Organización ya estaba dedicando una proporción mayor del presupuesto regional a los costos de personal, en comparación con el resto de las actividades. Si había crecimiento nominal cero en el presupuesto, a nivel regional se asignaría 84% a los costos de personal, dejando sólo 16% para las actividades del programa, lo que conduciría a una situación insostenible. La Organización había eliminado 41 puestos en 2006-2007 y suprimiría otros 12 antes del comienzo del bienio 2008-2009. Además, ya se habían transferido 22 puestos de Washington a lugares donde los costos son más bajos; pero había un límite a las eficiencias y los ahorros que podían efectuarse y la OPS estaba acercándose a ese límite. Pronto se tornaría necesario tomar medidas más drásticas, como la contratación externa de ciertas funciones, cierre de oficinas de país o mudanza de la sede de la OPS a un lugar donde los costos sean menores.

61. A su modo de ver, la OPS había proporcionado una justificación amplia para el aumento solicitado de 3,9%, y había elaborado un documento de presupuesto detallado y con un análisis minucioso de por qué se necesitaba el aumento. Instó al Comité a que lo aprobara; los Estados Miembros habían aprobado recientemente aumentos de casi la

misma magnitud en los presupuestos de la OEA y la OMS, lo que podía considerarse como una tendencia positiva.

62. En el debate que siguió en el Comité acerca de los proyectos de resoluciones sobre este tema, la Delegada de los Estados Unidos de América reiteró la política de su gobierno de crecimiento nominal cero en los presupuestos de todas las organizaciones internacionales, pero dijo que los Estados Unidos no bloquearía el consenso sobre los proyectos de resolución. El Observador por México dijo que su gobierno también favorecía un crecimiento nominal cero, pero no se opondría a las resoluciones ni al aumento propuesto.

63. El Comité aprobó las resoluciones CE140.R8 y CE140.R9, y recomendó que la Conferencia Sanitaria Panamericana aprobara el proyecto de presupuesto por programas y las cuotas de los Estados Miembros para el 2008-2009, con el aumento de 3,9%.

***Eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita en las Américas:
Informe sobre los progresos realizados (documento CE140/8)***

64. El doctor Cuauhtémoc Ruiz Matus (Jefe de la Unidad de Inmunizaciones, OPS) presentó el informe sobre los progresos realizados hacia la eliminación de la rubéola en la Región, y señaló que el éxito alcanzado hasta ahora era el resultado tangible del trabajo de la Organización, que había tenido una repercusión evidente sobre la salud de los pueblos de las Américas. La Región estaba bien encaminada para lograr la meta establecida por el 44.º Consejo Directivo en el 2003 de eliminar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita para el 2010. Prácticamente, todos los países y territorios de las Américas estaban administrando la vacuna triple vírica (contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola) como parte de sus programas regulares de vacunación de niños (y, para septiembre del 2007, todos los países lo estarían haciendo); además, se habían efectuado campañas especiales de vacunación en toda la Región para inmunizar a adolescentes y adultos susceptibles, lo que daría lugar a niveles de cobertura de vacunación de más de 95% en la mayoría de los países. De 1980 al 2007, el número de casos de rubéola había descendido en más de 98%; la vigilancia de la enfermedad también había mejorado enormemente. El próximo paso de la iniciativa sería documentar y certificar la interrupción de la transmisión del virus de la rubéola endémica. Con esa finalidad, era necesario, en primer lugar, determinar cuáles eran los datos requeridos para que los países documentaran la eliminación de la rubéola y del sarampión y, en segundo lugar, formar un comité de expertos internacionales para efectuar la comprobación independiente de la interrupción de la transmisión.

65. Además de los beneficios obvios de eliminar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, la iniciativa había generado varios beneficios complementarios, entre ellos el fortalecimiento de los servicios de salud, la disminución de las inequidades en los resultados de salud materna, el fomento de una cultura de prevención, experiencias

adquiridas que podrían aplicarse a la introducción de otras vacunas en el futuro, y el aporte de experiencias esenciales para facilitar la transición de la vacunación de los niños a la vacunación de la familia. También había contribuido a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5.

66. El Comité Ejecutivo aplaudió el éxito logrado hasta ahora por la iniciativa de eliminación de la rubéola y recalcó la necesidad de seguir trabajando para alcanzar la meta de la eliminación. Se pidió a la Oficina que mantuviera informados a los Estados Miembros del progreso y de cualquier obstáculo que pudiera impedir el cumplimiento de la meta. Se consideraban fundamentales el compromiso político al más alto nivel y el apoyo a los programas nacionales de vacunación —en especial los niveles suficientes y sostenibles de financiamiento— para la consecución de la meta y el mantenimiento de la cobertura alta de vacunación una vez que se hubiese logrado. Los delegados recalcaron la importancia de la participación comunitaria y de las campañas eficaces de información pública para aumentar la cobertura de vacunación. En particular, se destacó la necesidad de vacunar a los hombres susceptibles. Se expresó apoyo para la transición de la vacunación de los niños a la vacunación de la familia como un medio para lograr otras metas de reducción de las enfermedades, como las previstas en la Visión y Estrategia Mundial de Inmunización conjunta de la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

67. Varios delegados describieron lo hecho en sus países para vacunar a sus poblaciones contra la rubéola y reafirmaron el compromiso de sus gobiernos con la meta de eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. El Delegado de Cuba, al señalar que el informe sobre los progresos realizados no contenía ninguna información sobre la situación en su país, dijo que Cuba había eliminado el síndrome de rubéola congénita en 1989 y la rubéola en 1995. A su país le complacería compartir su experiencia con otros países que estaban todavía trabajando para eliminar las dos enfermedades.

68. El doctor Ruiz Matus agradeció a los Miembros sus observaciones y su apoyo continuo para la iniciativa.

69. La Directora dijo que la iniciativa de eliminación de la rubéola había sido realmente una iniciativa continental a la que todos los Estados Miembros habían efectuado contribuciones valiosas. Otras regiones de la OMS estaban ahora empezando a emular las estrategias que les habían permitido a las Américas lograr tanto éxito en la eliminación de las enfermedades prevenibles por la vacunación. Por ejemplo, la idea de una semana regional de vacunación ya la habían adoptado varias regiones; por su parte, la Región de África había avanzado enormemente para reducir el sarampión utilizando estrategias adoptadas en las Américas.

70. El Comité aprobó la resolución CE140.R10 sobre este tema.

Gripe aviar e influenza pandémica: Informe sobre los progresos realizados (documento CE140/9)

71. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Gerente del Área de Vigilancia Sanitaria y Atención de las Enfermedades, OPS) reseñó el contenido del documento CE140/9, en el que se informaba sobre los progresos recientes en la Región con respecto a los preparativos contra la gripe. Tal como indicaba el informe, 28 Estados Miembros ya contaban con planes nacionales de preparativos en caso de una pandemia de gripe. La OPS había creado un instrumento para ayudar a los países a evaluar la eficacia de sus planes nacionales y, a finales del 2006 y principios del 2007, se había efectuado una primera ronda de evaluaciones. En el informe se destacaban los principales puntos fuertes y débiles encontrados en los planes nacionales. La segunda ronda de evaluación estaba en marcha y sus resultados se presentarían a la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana. La cooperación técnica futura de la OPS tendría como finalidad abordar cualquier punto débil que se hubiera detectado. En colaboración con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, la OPS también había preparado un protocolo para la vigilancia de la gripe, que se estaba introduciendo mediante talleres subregionales dirigidos a expertos técnicos de los ministerios de salud nacionales. El reto principal para el futuro sería lograr que los planes nacionales de preparativos se ejecutaran a los niveles infranacionales, especialmente a nivel local.

72. El Comité Ejecutivo recibió con entusiasmo el informe de progreso presentado en el documento CE140/9 y elogió a la OPS por su liderazgo en ayudar a los países de la Región a prepararse para una posible pandemia de gripe. También se elogiaron las actividades de la Organización para fomentar la coordinación intersectorial entre ministerios de salud y ministerios de agricultura y ganadería. Varios delegados informaron sobre los preparativos recientes para la gripe aviar y la gripe pandémica que se habían realizado en sus países; otros presentaron información complementaria sobre el tema, por escrito. Además, los delegados ofrecieron compartir con otros países sus experiencias relativas a los preparativos para la gripe.

73. Se elogiaron las iniciativas de la OPS para fortalecer los preparativos a nivel local, y se instó a la Organización a que se esforzara por mejorar la vigilancia en las zonas fronterizas, en congruencia con el Reglamento Sanitario Internacional revisado, para detectar con prontitud cualquier brote de gripe aviar y detener la propagación de la enfermedad entre los países. Además, se alentó a la Organización a que ayudara a los países en la realización de simulacros para probar la eficacia de sus planes nacionales y a que apoyara las iniciativas internacionales para obtener una vacuna inocua y eficaz contra el virus H5N1 y para aumentar la disponibilidad de los medicamentos antivíricos. A este respecto, un delegado preguntó si la Organización tenía planes para apoyar la creación de reservas del medicamento oseltamivir (Tamiflu[®]) a nivel nacional o para acopiar el medicamento a nivel central, a fin de ponerlo a la disposición de los países en caso de

una emergencia.

74. El doctor Barbosa da Silva respondió que se estaba creando una reserva mundial tanto de Tamiflu® como de vacuna antigripal contra el H5N1 bajo la coordinación de la OMS, con la intención de que esos medicamentos estuvieran disponibles para su uso inmediato dondequiera que pudieran necesitarse para controlar los brotes y prevenir la propagación de la enfermedad. Al agradecer al Comité el reconocimiento de las iniciativas de la OPS para promover el trabajo integrado con el sector agropecuario, dijo que la Oficina veía la campaña de preparación para una pandemia como una oportunidad excelente para fortalecer la colaboración intersectorial con relación a una gama de asuntos de salud.

75. La Directora felicitó a los Miembros del Comité por su interés en concientizar a la Región sobre la necesidad de los preparativos contra la gripe y por su respuesta a su llamamiento de ayuda formulado el año anterior para que la OPS fuese invitada a participar en reuniones internacionales en las que se trataría el tema de la gripe aviar. Opinó que los países de la Región habían entendido realmente que era necesario considerar los preparativos para la gripe aviar y pandémica como una oportunidad de aplicar el Reglamento Sanitario Internacional, y en el curso de un año la situación regional había mejorado notablemente en cuanto a la toma de conciencia sobre las consecuencias del Reglamento, la capacidad de vigilancia y los preparativos generales relacionados con la gripe. El Comité Ejecutivo y sus Miembros habían desempeñado un papel importante en esos éxitos.

76. El Comité agradeció a la Oficina la actualización y tomó nota del informe.

Malaria en las Américas: Informe sobre los progresos realizados (documento CE140/10)

77. El doctor Keith Carter (Asesor Regional en Malaria, OPS) actualizó al Comité en cuanto al progreso logrado en la lucha contra la malaria en la Región desde la aprobación de la resolución CD46.14 en el 2005, que había establecido la meta de reducción de la carga de la malaria en al menos 50% para el 2010 y en 75% para el 2015, y exigía la designación de un día de lucha contra el paludismo en las Américas. Para aplicar esa resolución, la Oficina, en consulta con expertos externos en malaria, había elaborado el Plan estratégico Regional para la Malaria en las Américas, 2006-2010, que tenía los siguientes componentes: prevención, vigilancia, detección y control de las epidemias, control integrado de vectores, diagnóstico y tratamiento de la malaria, promoción de un entorno favorable para la prevención y el control de la malaria y fortalecimiento de los sistemas de salud y la formación de capacidad a nivel de país.

78. El número de casos de malaria notificados en la Región, incluidos los casos de malaria por *Plasmodium falciparum*, había disminuido en 23% entre el 2000 y el 2006, y

la mortalidad por malaria había descendido en 69% durante el mismo período. De continuar esa tendencia, debería ser posible lograr la meta de reducir a la mitad la carga de la malaria para el 2010. Seis países habían logrado reducciones tan notables que ahora estaban considerando la eliminación de la malaria. No obstante, subsistían varios retos; en el documento CE140/10 se enumeraban algunos de esos retos, junto con algunas recomendaciones para abordarlos.

79. Se pidió al Comité Ejecutivo que considerara la posibilidad de recomendar a la Conferencia Sanitaria Panamericana que se designara el 6 de noviembre como Día de la Malaria en las Américas. Se recomendaba esa fecha porque fue ese día cuando Charles Louis Alphonse Lavéran había identificado por primera vez el parásito de la malaria, pero también porque si se adoptaba como Día Mundial de la Malaria, el 25 de abril, que coincidía con la Semana de Vacunación en las Américas, la atención se alejaría del problema grave que es la malaria.

80. El Comité recibió con beneplácito el progreso descrito en el informe, pero recaló que la Región no debía dormirse en sus laureles porque todavía quedaba mucho por hacer para controlar y, con el tiempo, eliminar la malaria. El Comité también respaldó la propuesta para designar el 6 de noviembre como Día de la Malaria en las Américas. Los miembros opinaron que la Estrategia Regional y sus cinco componentes eran apropiados y consideraron que las recomendaciones propuestas en el documento CE140/10 eran claras y factibles, aunque se sugirió que deberían hacer más hincapié en la investigación, en especial la destinada a encontrar una vacuna antimalárica eficaz, la formulación de medicamentos eficaces y la identificación de insecticidas eficaces pero inocuos y de métodos biológicos de control de vectores. Además de las intervenciones mencionadas en el documento, se consideraba importante que la OPS prestara apoyo a los países para la prueba de diagnóstico rápido y para la evaluación de la eficacia de las pruebas diagnósticas donde no había apoyo de laboratorio adecuado. El aumento del acceso a los servicios de salud también se consideraba fundamental para mejorar la detección y el diagnóstico de la malaria, en particular en las zonas remotas y entre los pueblos indígenas y las poblaciones migratorias, como los mineros. El representante de la U.S Pharmacopeia recaló que también era necesario velar por la calidad de los medicamentos suministrados en las zonas remotas; recomendó el uso de laboratorios portátiles, que eran una herramienta sencilla pero eficaz para evaluar la calidad de los medicamentos contra la malaria y otras enfermedades.

81. Los miembros subrayaron la necesidad de emprender actividades multisectoriales y de fomentar la educación y participación comunitarias para lograr el suministro de agua salubre, controlar los criaderos de mosquitos y abordar los factores determinantes sociales que intervenían en la prevalencia de la malaria. También se destacó la vinculación entre el control de la malaria y el desarrollo económico. Un Miembro conjeturó que si la malaria hubiera sido un problema en el mundo desarrollado, la enfermedad probablemente se habría eliminado hace tiempo.

82. Otro Miembro planteó la pregunta de si, en un país como Haití, que había experimentado un aumento del número de casos de malaria desde 2000, era factible considerar la eliminación. Opinó que debería hacerse un debate entre los expertos de la malaria acerca de las ventajas y los inconvenientes de la erradicación en comparación con el control.

83. Se le pidió a la Oficina que suministrara un cálculo de los recursos económicos necesarios para alcanzar la meta de reducción de la carga de la malaria en la Región en 75% para el 2015. Los Miembros también preguntaron cómo proponía la Oficina, de conformidad con el Plan estratégico para 2008-2013, abordar el tema de la coordinación limitada entre la OPS y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis, y la Malaria, que era una de las dificultades mencionadas en el documento CE140/10.

84. El doctor Carter estuvo totalmente de acuerdo en que la Región no debía dormirse en sus laureles sino que debía seguir esforzándose por controlar la malaria. Hasta en los países donde se había eliminado la enfermedad, era esencial mantener una vigilancia adecuada para detectar cualquier caso importado y prevenir la reintroducción. En lo relativo a las ventajas de la erradicación en comparación con el control, a la OPS le complacería estudiar la posibilidad de organizar un debate de expertos en malaria. En su opinión, sin embargo, era más razonable que los países se pusieran como meta la eliminación de la transmisión y no la erradicación. También estuvo de acuerdo en que se necesitaba más investigación sobre la malaria. A este respecto, señaló que la OPS estaba considerando la posibilidad de establecer una escuela de malariología en México o de reactivar la escuela que funcionaba en Maracay (Venezuela), ya que actualmente no había ninguna institución en la Región que se ocupara de investigación y capacitación especializadas en malaria.

85. Con respecto al Fondo Mundial, en varios casos los adjudicatarios principales del financiamiento en los países de la Región habían sido las organizaciones no gubernamentales, no los ministerios de salud, lo que a veces había ocasionado un debilitamiento de los programas nacionales de control de la malaria, en particular donde los especialistas en malaria, empleados por el ministerio de salud, dejaban sus puestos atraídos por la afluencia de fondos aportados por el Fondo Mundial y se iban a trabajar con organizaciones no gubernamentales. La Oficina estaba trabajando para fomentar una

coordinación más estrecha entre los adjudicatarios principales del Fondo Mundial, los ministerios de salud y la OPS.

86. En cuanto a la cantidad de financiamiento necesario a fin de lograr la meta para el 2015, la Oficina presentaría un cálculo lo antes posible.

87. La Directora comentó que en el número de julio de 2007 de la revista *National Geographic* se había publicado un artículo excelente sobre la malaria, que ella recomendaba mucho a los Miembros del Comité. El artículo planteaba la cuestión de que la malaria era un obstáculo importante al desarrollo económico y que la superación de la pobreza dependía de la eliminación de la malaria. En el caso de otras enfermedades, la pobreza tenía que abordarse primero para hacer frente a la enfermedad, pero sencillamente no era posible hacer ningún progreso contra la pobreza mientras subsistiera la malaria.

88. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE140.R11, recomendando, entre otras cosas, que el 6 de noviembre sea asignado el Día de la Malaria en las Américas.

Plan de acción regional de recursos humanos para la salud 2007-2015 (documento CE140/11)

89. El doctor Charles Godue (Jefe de la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos, OPS), al presentar el Plan de acción regional, dijo que en años recientes se había observado un consenso cada vez mayor acerca de la urgencia de afrontar algunos de los desafíos clave con respecto a los recursos humanos para la salud. La premisa fundamental para el Plan de acción regional era bastante sencilla: básicamente, que los recursos humanos para la salud lograban un cambio en cuanto al estado de salud y la calidad de vida de la gente. Pero detrás de esa afirmación evidente se encontraba un conjunto muy complejo de relaciones entre los recursos humanos y los resultados de salud. Había un cúmulo de pruebas cada vez mayor sobre la interacción, tanto en aspectos cualitativos como cuantitativos, entre la situación de los recursos humanos y el nivel de cobertura de intervenciones básicas de salud pública.

90. Lo esencial del Plan de acción era que para lograr la máxima repercusión en los resultados de salud, la política de recursos humanos debía centrarse en el establecimiento de sistemas de salud integrados, basados en la atención primaria de salud y la promoción de la salud y en el fortalecimiento de las capacidades de salud pública. Sobre la base de los cinco retos fundamentales estipulados en el Llamado a la Acción de Toronto del 2005 para un Decenio de los Recursos Humanos para la Salud, el Plan proponía los 20 objetivos planteados en el documento CE140/11. El Plan todavía estaba en proceso de formulación, y era necesario seguir trabajando en los objetivos, los indicadores y el método para el seguimiento de los resultados.

91. El Comité Ejecutivo estuvo de acuerdo en que el tema de los recursos humanos para la salud era tanto fundamental como complejo. Se consideraba infructuoso formular políticas para mejorar la salud de los pueblos de la Región, o —en algunos países— declarar que la salud era un derecho constitucional, si no había suficientes recursos humanos para hacer realidad esas políticas o derechos. Se destacó la necesidad de adoptar un método multisectorial para la planificación y la formulación de políticas, que abarcara las esferas de la salud, la educación, la política laboral y las finanzas.

92. Algunos delegados opinaron que era necesario definir mejor los objetivos en cuanto a los indicadores, los puntos de comparación y las estrategias, para hacerlos más concretos y realizables. Otros consideraron que los objetivos mismos eran simples indicadores, lo que dificultaba la definición clara de los resultados generales necesarios para fortalecer los recursos humanos para la salud. También se sugirió que había demasiados objetivos.

93. Los Miembros opinaron que el Plan debía organizarse en un marco claro orientado a la consecución de resultados. Además, debido a que el plan y sus objetivos se habían elaborado totalmente desde una perspectiva de la oferta, debían volverse a redactar algunos objetivos para reflejar las demandas de la gente. Se señaló que si bien el documento planteaba los objetivos estratégicos, carecía de propuestas de acciones concretas para alcanzar esos objetivos. Debería describirse un conjunto de cuatro o cinco estrategias comprobadas, entre las que quizá debería incluirse el aumento de la capacidad para la gestión eficaz de los centros de salud y para el ejercicio de las funciones de salud pública; lograr que los mecanismos de pago de los sueldos fueran fiables; o alinear los sistemas de educación a fin de que los recursos humanos para el sector de la salud adquirieran los conjuntos necesarios de destrezas mediante capacitación antes o durante el servicio. Además, los delegados opinaron que debía aclararse quién iba a ejecutar el Plan —los ministerios de salud, las ONG locales, el sector privado o una combinación de ellos— y quién tendría la responsabilidad de medir los indicadores. También hacía falta información sobre los recursos económicos necesarios para la consecución de los objetivos.

94. También se dijo que quizá no sería aconsejable que el Plan exigiera a “todos los países de la Región” o a “todas las subregiones” que alcanzaran los objetivos. Sería preferible introducir un concepto más gradual, porque de otro modo si un país no alcanzaba un objetivo, todo el Plan podría verse como un fracaso. De la misma forma, se consideraba necesario enmarcar los objetivos en función de la realidad de cada país; de lo contrario, los países no participarían en un plan regional, sino que sencillamente mantendrían sus propios planes nacionales. Se señaló, por ejemplo, que los diversos objetivos que abordaban la cooperación entre las instituciones de capacitación y las de servicios de salud serían problemáticos en muchos países porque las universidades eran autónomas y los ministerios de salud no tenían ninguna influencia para decidir a cuántos

miembros del personal médico, o de qué tipos, deberían capacitar. También se observó que un tema que estaba ausente del Plan era el de la cooperación entre los países para la capacitación de personal sanitario.

95. Los Miembros opinaron que el asunto de la emigración del personal médico exigía un análisis muy cuidadoso, ya que podría haber muchas razones diferentes para la emigración. De manera análoga, quizá podrían introducirse diferentes incentivos para inducir al personal médico a quedarse en su propio país. Se señaló que, si bien sería recomendable algún tipo de medida con respecto a la emigración de los profesionales de la salud, los países no podían reglamentar la emigración legal voluntaria del personal sanitario, que en cualquier caso quizá decidiera emigrar por muchas razones que no tenían nada que ver con la búsqueda de empleo.

96. Un delegado del Caribe, al observar que durante mucho tiempo su subregión había intentado mitigar la escasez de recursos humanos, recalcó que para resolver el problema de la emigración del personal sanitario harían falta medidas conjuntas tanto del país de origen como de los países receptores. Los ministros de salud del Caribe habían propuesto un programa con dos componentes: un aumento de la capacitación para el personal médico, en particular las enfermeras, en los países receptores; y asistencia de esos países a los países de origen para permitirles capacitar a más personal médico propio. Exhortó a los países receptores a que actuaran como socios en ese programa.

97. Varios otros delegados también describieron la situación y las dificultades de los recursos humanos en su país, así como las políticas y estrategias adoptadas para hacerles frente. El representante del Banco Interamericano de Desarrollo suministró alguna información acerca del financiamiento por el Banco de diversos proyectos de capacitación para el personal médico. También planteó el problema del reconocimiento mutuo de la formación médica entre los países.

98. El doctor Godue dijo que la Oficina estaba muy consciente de que el documento necesitaba más trabajo y también de que el problema de la escasez de recursos humanos no era sencillamente de números, sino también de combinación de aptitudes y de ubicación. Estuvo de acuerdo también en que la capacitación y la retención de una combinación adecuada de personal médico para la Región requeriría estrategias multisectoriales y multiinstitucionales. Era cierto que —excepto en Cuba— las instituciones de capacitación para el personal de salud no estaban bajo la jurisdicción de los ministerios de salud, lo que ponía de relieve la necesidad de encontrar soluciones originales para tratar de armonizar la capacitación del personal médico con los resultados deseados.

99. El espíritu fundamental del Plan de acción regional era el de cooperación. La intención no era que cada país luchara individualmente para alcanzar los objetivos, sino que todos los países asumieran responsabilidad para lograrlos en toda la Región.

100. La Directora dijo que un tema que no se había mencionado en el debate era el de la red de unos veinte países con observatorios de recursos humanos para la salud. El crecimiento de la red reflejaba el interés cada vez mayor por el tema, pero al mismo tiempo los observatorios mismos eran un foro importante para el debate entre los diversos actores dentro de cada país. Si bien cada grupo tenía su propia autonomía y su propio marco institucional, los observatorios eran un instrumento para guiar a las personas hacia el diálogo y la búsqueda de una solución para todos.

101. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE140.R13 sobre este tema.

Preparativos para la mesa redonda sobre la seguridad sanitaria internacional (documento CE140/12)

102. El doctor Barbosa da Silva (Gerente del Área de Vigilancia Sanitaria y Atención de las Enfermedades, OPS) recordó que se había informado al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración que el tema para la mesa redonda sería el mismo del Día Mundial de la Salud 2007: la seguridad sanitaria. La Directora General de la OMS había seleccionado ese tema para poner de relieve el nuevo Reglamento Sanitario Internacional (RSI).

103. Después de la entrada en vigor del Reglamento Sanitario Internacional, el 15 de junio del 2007, los Estados Miembros tendrían un período de cinco años para cumplir con los nuevos requisitos en relación con la capacidad mejorada de detección temprana, comunicaciones transparentes, intercambio de información fortalecido, y mejor coordinación para la respuesta y reducción de riesgos. El propósito de la mesa redonda era contribuir a ese proceso de mejoramiento, ya que los ministros de salud de la Región compartirían las experiencias de sus países y las enseñanzas extraídas. El objetivo era ayudar a los países a determinar cuáles eran sus puntos fuertes y débiles para abordarlos en los próximos cinco años, así como para ayudar a la OPS a especificar las áreas en las que debía centrar su cooperación técnica con los países de la Región.

104. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito la elección del tema. Los delegados advirtieron, sin embargo, que era bastante amplio, e instaron a que el debate se centrara en algunos temas muy concretos para evitar la dispersión y la falta de conclusiones concretas. Entre los temas posibles podrían encontrarse la respuesta al brote reciente de malaria en Jamaica; la cooperación técnica sobre los controles sanitarios en los puertos y aeropuertos de Centroamérica; la cooperación subregional entre los países del MERCOSUR, por ejemplo, durante el brote del dengue en Paraguay, Brasil y Argentina; el proceso de llevar a la práctica el nuevo RSI en los Estados Unidos, lo que incluía la coordinación de muchas dependencias gubernamentales diferentes; o las medidas preventivas tomadas para salvaguardar la salud pública durante la Copa Mundial de Críquet en el Caribe, por las cuales los visitantes se habían sometido a controles sanitarios sólo una vez al entrar en la región del Caribe, y no al entrar en cada país.

105. El doctor Barbosa da Silva agradeció a los participantes sus contribuciones, todas las cuales se habían anotado.

106. La Directora señaló que la Directora General de la OMS había decidido que otros aspectos del tema amplio de la seguridad sanitaria se examinarían en el 2008. Recordó que el SPBA había considerado el orden de día de la Conferencia Sanitaria Panamericana desde la perspectiva de la mejor forma de programar la presentación de ciertos temas para lograr la máxima participación por los ministros de salud. Esos puntos incluían no solo la mesa redonda, sino también los premios, la exposición del Plan estratégico y las elecciones. Por eso, la mesa redonda se había programado para el martes y las elecciones para el miércoles.

107. El Comité Ejecutivo tomó nota de la información suministrada.

Iniciativa regional sobre los hospitales seguros (documento CE140/13)

108. El doctor Jean Luc Poncelet (Gerente del Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre, OPS) destacó varios de los puntos planteados en el documento CE140/13. Primero, la Región era sumamente vulnerable a los desastres naturales, y el riesgo de desastres estaba aumentando como resultado de los cambios ambientales y otros factores. Sin embargo, también aumentaba cada día la toma de conciencia sobre el riesgo de desastres y los conocimientos acerca de cómo prepararse para los desastres y prevenir los daños resultantes. Segundo, las repercusiones económicas del daño o la destrucción de los hospitales en un desastre eran mayores de lo que se creía generalmente, ya que incluía no solo los costos de reparar o reconstruir los establecimientos sino también las repercusiones sociales y económicas de no tener hospitales en funcionamiento en el período que sigue a un desastre. Tercero, para lograr que un hospital siguiera funcionando después de un desastre, era imprescindible la colaboración de otros sectores diferentes del sector de la salud porque los hospitales no podían funcionar sin servicios de agua y saneamiento, electricidad, financiamiento adecuado y un sinnúmero de otros elementos. En consecuencia, el logro de la meta aprobada por la Conferencia Mundial sobre la Reducción de Desastres (Kobe, Japón, 2005) de velar por que los “hospitales estén a salvo de desastres” para el 2015 dependería de la acción intersectorial.

109. Las estrategias clave para la consecución de esa meta y lograr el éxito de la campaña mundial 2008-2009 de hospitales seguros comprendían la forja de alianzas con agentes externos al sector de la salud, intercambio de los mejores métodos y documentación de las medidas para construir establecimientos de salud nuevos o para modificar los existentes a fin de reducir su vulnerabilidad a los desastres.

110. El Comité Ejecutivo expresó su apoyo a la iniciativa regional sobre hospitales seguros, aunque manifestó que el título del documento daba la impresión de que se

concentraba principalmente en los preparativos para casos de desastre y no en otros problemas de seguridad de los hospitales, como las infecciones nosocomiales y las cuestiones de administración de hospitales. Los Miembros estuvieron totalmente de acuerdo en la necesidad de la coordinación intersectorial —antes, durante y después de un desastre— para lograr que los hospitales siguieran funcionando. Se señaló que, además de las medidas mencionadas en el documento, los hospitales tenían que acumular una reserva de suministros como medicamentos, equipo médico y de otro tipo y bienes consumibles para seguir funcionando eficazmente luego de un desastre. También se destacó la necesidad de contar con mecanismos de apoyo para alentar al personal sanitario a que siguiera trabajando después de un desastre. Se sugirió que la aplicación de las medidas de reducción de la vulnerabilidad debía ser una condición para la acreditación de los hospitales. Ante la observación de que las poblaciones de las zonas remotas a menudo no tenían acceso fácil a los hospitales, un delegado recalcó la necesidad de velar también por el funcionamiento continuo de otros establecimientos de salud, que probablemente serían la única fuente de asistencia médica para esas poblaciones luego de un desastre.

111. Varios delegados describieron los programas y las iniciativas de hospitales seguros en sus países o subregiones. El Delegado de los Estados Unidos de América informó que su gobierno estaba elaborando varios métodos e iniciativas basados en las enseñanzas extraídas de la respuesta al huracán Katrina —que había destruido no solo varios hospitales sino todo un sistema de salud— y dijo que los Estados Unidos estarían encantados de compartir esa información con la OPS y otros Estados Miembros.

112. El doctor Poncelet dijo que las observaciones del Comité ilustraban la complejidad de un tema que a menudo se consideraba relativamente sencillo. Agradeció a los Miembros sus sugerencias y sus ofrecimientos de compartir su experiencia. Con respecto al título del documento, era cierto que el concepto de seguridad de los hospitales abarcaba mucho más que los preparativos para casos de desastre, aunque esto último también incluía medidas para prevenir problemas como las infecciones nosocomiales. En cualquier caso, la Oficina modificaría el título para reflejar mejor el contenido del documento que era lograr que los hospitales estuvieran preparados adecuadamente para resistir a un desastre.

113. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE140.R15 sobre este tema.

Estrategia y plan de acción regionales para la prevención y el control del cáncer cervicouterino (documento CE140/14)

114. El doctor James Hospedales (Jefe de la Unidad de Enfermedades No Transmisibles, OPS) resumió las características principales del proyecto de estrategia y el plan de acción regionales para la prevención y el control del cáncer cervicouterino presentado en el documento CE140/14. Empezó con la presentación de algunos datos sobre la incidencia de cáncer cervicouterino y la mortalidad que ocasiona en América Latina y el Caribe, recalando que casi todo el sufrimiento asociado con la enfermedad era evitable porque la mayoría de los casos podían prevenirse. Sin embargo, la prevención exigía buenos métodos de detección, y la técnica de frotis de Papanicolaou, que había resultado tan provechosa para bajar las tasas de cáncer cervicouterino en Estados Unidos y Canadá, había resultado mucho menos eficaz en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe por una gama de razones que tenían que ver con el desempeño de la prueba, el conocimiento por las mujeres de la disponibilidad de la prueba, y la necesidad de visitas de seguimiento si se encontraban lesiones precancerosas. Por ese motivo, la OPS estaba preconizando el uso de un método de detección y tratamiento por medio de la inspección visual seguida de crioterapia para tratar cualquier lesión precancerosa. Los estudios habían revelado que la detección visual era una estrategia sumamente eficaz en función del costo para diagnosticar las células precancerosas; costaba menos que los frotis de Papanicolaou; podría integrarse en los servicios corrientes de atención primaria de salud; y reducía la necesidad de seguimiento al combinar la detección y el tratamiento en una única visita. La OPS también recomendaba el uso de la vacuna nueva contra el virus del papiloma humano (VPH), que era inocua y bien tolerada, eficaz en función del costo, además de producir una respuesta inmunitaria fuerte contra varias cepas del VPH, una causa importante de cáncer cervicouterino.

115. Mediante la aplicación de esas medidas y los otros componentes de la estrategia y el plan de acción regionales, la OPS pretendía reducir la incidencia del cáncer cervicouterino en 20% y la mortalidad por esta causa en 30% para el 2015. La consecución de esa meta salvaría las vidas de unas 50.000 mujeres durante los próximos ocho años. Con ese fin, la OPS colaboraría con los Estados Miembros para conseguir que se fortalecieran los programas de detección de cáncer cervicouterino, que todas las mujeres se sometieran a las pruebas de detección por lo menos una vez en la vida y que las jóvenes estuviesen protegidas mediante la aplicación de la vacuna contra el VPH antes de empezar a ser sexualmente activas.

116. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito la atención que prestaba la OPS al grave problema del cáncer cervicouterino, que afectaba no solo a las mujeres sino a todas las familias e implicaba un elevado costo social. Sin embargo, algunos Miembros se preguntaban si el alcance de las metas fijadas para la estrategia regional no sería

demasiado amplio, dado el costo de ejecutar algunos de los componentes de la estrategia y el plan de acción. Se pidió a la Oficina que suministrara más información sobre cómo se había previsto aplicar la estrategia. El Comité apoyó, en general, la introducción de la vacuna contra el VPH, aunque los Miembros expusieron varias inquietudes.

117. El costo de la vacuna se consideraba un obstáculo importante a su uso generalizado. Varios delegados recalcaron que sus países no deseaban introducir una vacuna que fuese inasequible para la mayoría de la población y exhortó a la OPS a que estudiara las posibilidades de los países para buscar ayuda al negociar precios más favorables a través del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas. También se señaló que la introducción de la vacuna tendría que ir acompañada de iniciativas enérgicas de comunicación para la salud y de educación a fin de concientizar a las personas de que la vacuna no protege contra todas las cepas del virus ni tampoco es eficaz contra cualquiera de las otras causas posibles de cáncer cervicouterino. Además, tenía que recalcar que, aunque la vacuna se hubiera introducido, las mujeres debían seguir sometándose a las pruebas para detectar el cáncer y las lesiones precancerosas debidas a serotipos del VPH no incluidos en la vacuna y a otras causas.

118. Se instó a la OPS a que apoyara a los países para recabar los datos científicos necesarios para la toma de decisiones fundamentadas acerca de la conveniencia de introducir la vacuna; entre otros, la investigación para identificar los serotipos más prevalentes en sus territorios nacionales. Varios delegados mencionaron que tal investigación ya estaba en marcha en sus países. Ante la observación de que el Plan de Acción requería más investigación sobre la vacuna, un Miembro inquirió si había alguna duda en cuanto a su eficacia. El mismo Miembro cuestionó si el uso de los estuches para la prueba de ADN del virus del papiloma humano era factible en entornos de bajos recursos.

119. También se expresaron inquietudes con relación al método de detección y tratamiento, que según los delegados no necesariamente debía recomendarse en los países donde la prueba de Papanicolaou estaba funcionando bien. Además, se señaló que la detección visual quizá condujera al tratamiento innecesario debido a la especificidad relativamente baja de la prueba. Se recalcó que la decisión sobre adoptar o no la prueba de detección visual debía basarse en las realidades locales. También se destacó la necesidad de contar con sistemas adecuados de computación e información para asegurar el seguimiento de los pacientes.

120. El doctor Hospedales dijo que los comentarios del Comité reflejaban las deliberaciones que habían tenido lugar en la Oficina acerca de la factibilidad del enfoque recomendado en la estrategia y el plan de acción regionales. La Oficina veía con optimismo la probabilidad de que el enfoque tuviera éxito, por varias razones. Primero, aunque la vacuna contra el VPH todavía era muy costosa y no era 100% eficaz, los

estudios indicaban que podría reducir extraordinariamente las tasas de cáncer cervicouterino. Aunque se necesitaban más investigaciones para determinar qué serotipos estaban presentes en cada país, ya había suficientes datos probatorios con respecto a los serotipos circulantes en las diferentes partes de la Región que proporcionaban una base para avanzar.

121. Segundo, había datos probatorios sólidos de que si las mujeres de una población se sometían a un examen de detección aunque fuese una vez en la vida, la mortalidad por cáncer cervicouterino podría reducirse en 30%. En algunos países de la Región, hasta la mitad de las mujeres nunca se habían sometido a un examen de detección y hasta 40% ni siquiera sabían que existía un examen de ese tipo. Sin embargo, esa situación podría cambiar. Se podría intensificar la concientización recurriendo a los medios de comunicación a un costo relativamente bajo. Tercero, se disponía de un método de detección sencillo, eficaz y de bajo costo. Un proveedor de atención sanitaria capacitado, sin que fuese necesariamente un médico, podría efectuar un examen visual con ácido acético, seguido de crioterapia si se detectaban lesiones precancerosas, en una sola consulta. En Perú, por ejemplo, las enfermeras sanitarias estaban obteniendo buenos resultados con este método. En consecuencia, la OPS creía que había razones para ser optimistas con respecto a la consecución de las metas indicadas en la estrategia regional propuesta, aunque, desde luego, reconocía que la respuesta no se limitaba a la vacuna y que los métodos de detección deberían seleccionarse sobre la base de la realidad local.

122. Con respecto a la aplicación de la estrategia, la Oficina había considerado la situación en los países con la mayor carga de morbilidad (Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua) y había preparado un plan concreto, basado en el tamaño de la población destinataria y el costo previsto. Se calculaba que, con una inversión de cerca de \$9,7 millones en un período de siete años, se podría alcanzar la meta de reducción de la mortalidad en esos países dentro del plazo establecido.

123. La doctora Merle Josephine Lewis (Especialista en Salud Pública, Salud Familiar y Comunitaria, OPS) recalcó que la OPS no recomendaba la sustitución de la prueba de Papanicolaou con un examen visual en los países donde esta prueba había resultado eficaz. El enfoque propuesto reconocía que la prueba de Papanicolaou requería considerables recursos e inversiones para mantener una buena calidad y, por consiguiente, ofrecía una opción eficaz en función del costo para los lugares donde la prueba de Papanicolaou no era factible o había resultado ineficaz: el examen de detección y el tratamiento en una sola consulta empleando la inspección visual y la crioterapia en un establecimiento de atención primaria de salud. El examen visual se recomendaba sobre la base de los datos probatorios obtenidos por la OPS y sus colaboradores en la Alianza Mundial para la Prevención de Cáncer Cervicouterino en los siete años anteriores, datos que demostraban que se podía lograr una reducción de 30% en la mortalidad en un período de siete años.

124. Respondiendo al comentario relativo a las pruebas del ADN del VPH, la doctora Lewis dijo que, aunque no se podían obtener resultados en una sola consulta con la prueba disponible, se podría realizar en una sola consulta una prueba nueva que en ese momento era objeto de ensayos clínicos y parecía tener sensibilidad y especificidad mucho mayores que la prueba de Papanicolaou. Por consiguiente, la OPS había incluido la prueba del VPH entre las tecnologías nuevas que estarían disponibles más adelante y podrían utilizarse en una sola consulta.

125. La señora Silvana Luciani (Directora de Proyectos, Área de Vigilancia Sanitaria y Atención de Enfermedades, OPS), reconoció que la introducción de la vacuna contra el VPH plantearía varios retos, entre ellos el costo y la tarea de información pública, como el Comité había observado. La OPS estaba colaborando con la OMS, la Alianza GAVI, los donantes y los proveedores de la vacuna con miras a lograr que la vacuna estuviera disponible a precios asequibles para las mujeres que más la necesitaran. Se esperaba que la OMS precalificara la vacuna contra el VPH para fines del 2008, a fin de que pudiera adquirirse mediante el Fondo Rotatorio de la OPS a principios del 2009.

126. La OPS sin duda colaboraría con los países para que pudieran tomar decisiones fundamentadas acerca de la introducción de la vacuna. En ese sentido, la señora Luciani señaló que no era necesario que todos los países emprendieran investigaciones para determinar qué cepas del virus estaban circulando y que bastaría con realizar estudios en uno o dos países de cada subregión. En cuanto a la pregunta sobre la necesidad de investigaciones adicionales sobre la eficacia de la vacuna, dijo que se necesitaban estudios para determinar, por ejemplo, el grado de eficacia de la vacuna en los hombres o en personas VIH-positivas, la duración de la inmunidad y si se necesitaría una dosis de refuerzo.

127. En vista de las inquietudes planteadas con respecto a la estrategia y el plan de acción regionales propuestos, el Comité Ejecutivo no llegó a un acuerdo acerca de una resolución sobre este tema y decidió volver a tratarlo en el 2008. Los delegados de Canadá y Trinidad y Tabago expresaron consternación por la ausencia de una resolución del Comité sobre un tema de salud pública de una importancia tan crucial para las mujeres de la Región.

128. La Directora recalcó que, aunque el Comité aplazara la acción en relación con este asunto hasta el 2008, la Organización seguiría proporcionando cooperación técnica para ayudar a los Estados Miembros a abordar el problema del cáncer cervicouterino.

Estrategia para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud de los países de las Américas (documento CE140/15)

129. El doctor Barbosa da Silva (Gerente del Área de Vigilancia Sanitaria y Atención de las Enfermedades, OPS) recordó que, en el 2003, el Comité Regional Asesor en

Estadísticas de Salud (CRAES) había recomendado el desarrollo de un mecanismo regional sostenible para apoyar el fortalecimiento de las estadísticas demográficas y sanitarias en los países de las Américas. En el 2004 se había establecido un conjunto de pautas para la evaluación de estadísticas demográficas y sanitarias que posteriormente se utilizó para realizar un estudio de los sistemas de estadísticas en 26 países de la Región. En el estudio se había observado que, aunque algunos de los países tenían sistemas excelentes en cuanto a la cobertura y la calidad, otros presentaban fallas importantes en sus sistemas: en algunos, por ejemplo, se asentaba en el registro sólo uno de cada dos nacimientos y defunciones.

130. La estrategia y el plan de acción regionales propuestos para fortalecer las estadísticas vitales y de salud procuraban corregir esas fallas. Las dimensiones, los componentes y los objetivos de la estrategia y el plan de acción se describían en el documento CE140/15. Las líneas de acción específicas para 2007-2008 incluirían la creación de equipos interinstitucionales a nivel de país a fin de mejorar la coordinación entre las oficinas de estadística nacionales y los departamentos de estadística de los ministerios de salud, la realización o ampliación de evaluaciones de la situación y la formulación de planes para fortalecer los sistemas de estadística a nivel de país, la elaboración de los métodos para el análisis y la difusión de datos, la capacitación y la mejora de las aptitudes del personal en lo que se refiere a técnicas, normas y procedimientos para la recopilación y el procesamiento de datos. El doctor Barbosa da Silva estaba seguro de que la estrategia y el plan de acción conducirían rápidamente a un mejoramiento notorio en la calidad de los datos producidos en la Región y en su uso.

131. El Comité Ejecutivo expresó su sólido apoyo a los esfuerzos de la OPS para mejorar la calidad de las estadísticas vitales y de salud y recalcó la importancia de contar con datos oportunos y fidedignos para facilitar las decisiones fundamentadas y la formulación y el seguimiento de políticas. Los miembros destacaron la necesidad de armonizar los conceptos, las definiciones, las normas y las técnicas para la producción de estadísticas sanitarias y para la capacitación del personal encargado de recopilar y manejar los datos de salud. Se recalcó la necesidad de programas de capacitación en estadística sanitaria en idioma español, en particular, y se señaló que la cooperación horizontal entre los países podría ser una buena manera de satisfacer esa necesidad. A este respecto, varios delegados afirmaron la voluntad de sus países de compartir su experiencia con otros países. Los Miembros también recibieron con beneplácito la incorporación de los principios de la Red de Sanimetría en el trabajo de la OPS en esta esfera. Una delegada, sin embargo, opinó que se debería ampliar el foco de la estrategia regional para abarcar los sistemas de información sanitaria en general, de los cuales las estadísticas vitales y de salud eran un componente, a fin de incluir también información sobre la gestión de los centros de salud, el flujo de información y otras áreas que pudieran necesitar mejoras.

132. El doctor Barbosa da Silva explicó que la OPS estaba centrándose en las estadísticas vitales porque en algunos países de la Región había lagunas enormes en la información producida por los sistemas de estadísticas vitales y era indispensable que los sistemas de información sanitaria contaran con información exacta sobre sucesos vitales tales como los nacimientos y las defunciones. Al mismo tiempo, al centrarse en las estadísticas vitales y de salud, la OPS también estaba promoviendo una mejor coordinación entre el sector de la salud y otros sectores de la administración pública que producían y utilizaban información de ese tipo.

133. La Directora señaló que, debido a las lagunas en las estadísticas vitales en la Región, el sector de la salud había estado obligado a trabajar con cálculos para generar datos de salud, incluso en aspectos fundamentales tales como la cobertura de vacunación. En su opinión, era hora de corregir la situación forjando alianzas entre el sector de la salud y los sectores responsables de las estadísticas vitales. Con ese fin, la OPS estaba colaborando estrechamente con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), de las Naciones Unidas, su Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), el BID, la OEA y otras entidades.

134. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE140.R16, en la cual se respaldaba la estrategia propuesta para fortalecer las estadísticas vitales y de salud en los países de la Región.

Rostros, voces y lugares: Respuesta desde las comunidades a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (documento CE140/16)

135. La doctora Sofíaleticia Morales (Asesora Principal sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las Metas de Salud, OPS) presentó el documento CE140/16 y dijo que “Rostros, voces y lugares” era una iniciativa institucional que reflejaba el posicionamiento de la OPS frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La iniciativa procuraba responder a las necesidades de las comunidades más pobres y vulnerables, regresando a la esencia de la salud pública: las personas, los lugares y la participación comunitaria —es decir, las voces—, cuya importancia el Comité Ejecutivo había señalado reiteradamente. Además, la iniciativa procuraba desplazar el foco de atención para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio de los países pobres por sí solos a las personas que vivían en condiciones de pobreza, incluso en países de ingreso mediano, ya que más de 90% de las personas pobres de la Región vivían en países de ingreso mediano. Los estudios prospectivos con el coeficiente de Gini indicaban que si no se reorientaba la atención a esas comunidades, en el 2015 las Américas seguirían siendo la región más desigual del mundo aunque la región en su totalidad hubiera alcanzado los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

136. La iniciativa “Rostros, voces y lugares” reflejaba los valores de la OPS de equidad y panamericanismo, reafirmaba la importancia de la atención primaria de salud y

procuraba promover la acción intersectorial e interinstitucional. La iniciativa no procuraba reinventar la rueda, sino hacerla girar con mayor rapidez, aprovechando los programas y las actividades que ya estaban en marcha en la OPS y otros organismos para mejorar la salud y el desarrollo en las comunidades menos visibles y más marginadas de la Región. Con ese fin, era esencial trabajar a nivel local, respondiendo tanto a la naturaleza pluridimensional de la pobreza como a los factores sociales determinantes de la salud. El UNICEF, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Agencia Española de Cooperación Internacional y otros colaboradores ya habían llegado a un acuerdo con la OPS a fin de trabajar mancomunadamente en la iniciativa, y sólo nueve meses después del lanzamiento de la iniciativa ya se había iniciado el trabajo, con personal en 25 comunidades de 15 países de la Región. El documento CE140/16 contenía detalles de esas experiencias locales. La OPS seguiría promoviendo un trabajo similar a nivel local, que era crucial para el éxito de la iniciativa y la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para todos en la Región.

137. En el debate subsiguiente, los Miembros expresaron su firme apoyo a los Objetivos de Desarrollo del Milenio y a los esfuerzos de la OPS para ayudar a los países a alcanzarlos. Sin embargo, aunque los Miembros apoyaron diversos aspectos de la iniciativa “Rostros, voces y lugares”, incluido su énfasis en la atención primaria de salud, la acción intersectorial y los factores sociales determinantes de la salud, así como su concentración en el trabajo a nivel local, también plantearon varias preguntas al respecto y sobre el documento CE140/16. Varios Miembros afirmaron que el documento carecía de sustancia y detalles específicos, como información sobre los mecanismos para la ejecución de la iniciativa. Un Miembro comentó que el documento presentaba sólo en líneas generales las iniciativas comunitarias que se convertirían en proyectos de demostración y recomendó que cada iniciativa usara el indicador de necesidades básicas insatisfechas (NBI) mencionado en el documento como punto de comparación para los proyectos de demostración, que cada proyecto de demostración estuviera plenamente documentado y que se diera amplia difusión a los resultados, tanto los resultados cuantitativos como los cambios cualitativos que se obtuvieran en el proceso. De lo contrario, temía que la iniciativa fuese simplemente una pequeña serie de proyectos inconexos y fragmentados que carecieran de una base amplia y coherente para el cambio concreto. Otro Miembro señaló que, aunque en dicho documento decía (en el párrafo 9) que la iniciativa, loablemente, ayudaría a los países a eliminar las disparidades en la equidad, no se explicaba cómo se lograría ese objetivo ni la forma en que las personas que viven en condiciones de pobreza y de pobreza extrema podrían participar activamente en los procesos que garantizaran su salud.

138. Los miembros opinaron también que se necesitaba una explicación más pormenorizada del indicador de NBI, en particular los datos requeridos para usarlo en diversos países y subregiones. Un Miembro se preguntaba si los datos serían comparables, dadas las diferencias de los sistemas de recopilación de datos en la Región.

El mismo Miembro cuestionó el hincapié de la iniciativa en la labor de promoción, recalcando que las actividades de la OPS debían tener una base científica y de datos fidedignos sólida. En su opinión, el término “promoción” no implicaba una acción basada en datos científicos. Se expresó también la opinión de que se necesitaba más información sobre el conjunto de métodos, estrategias e intervenciones basados en datos probatorios que la Oficina proponía poner a disposición a nivel de país.

139. Varios delegados comentaron que la iniciativa no parecía ofrecer algo nuevo o diferente de lo que la OPS ya estaba haciendo; se señaló, por ejemplo, su semejanza con la iniciativa de municipios y comunidades saludables. Se solicitó a la Oficina que aclarara la forma en que las actividades y los métodos ofrecidos por medio de la iniciativa diferían de las actividades en curso. También se solicitó información sobre las implicaciones de la iniciativa en lo que se refería a recursos financieros y humanos.

140. Los Miembros recalcaron que el 2015 no debía considerarse como el fin del proceso, sino que el trabajo para reducir la pobreza y mejorar la salud y el bienestar deberían continuar. Los Miembros también recalcaron la importancia de incluir a los niños, que son el futuro de sus naciones, en la labor de promoción de la salud y desarrollo de la comunidad. En consecuencia, se sugirió que se prestara más atención a las escuelas en la iniciativa.

141. El Delegado de Cuba observó que el documento se refería a un municipio de su país que había sido elegido debido a su “vulnerabilidad socioeconómica”, lo cual consideraba como un criterio erróneo para la selección, puesto que, en realidad, toda América Latina sufría de vulnerabilidad socioeconómica. El municipio en cuestión, Cotorro, ofrecía algunas enseñanzas importantes con respecto a métodos de desarrollo local, lo cual era una buena razón para incluirlo en la iniciativa, pero no así su vulnerabilidad socioeconómica. También señaló que la mayoría de los esfuerzos de desarrollo hasta ese momento se habían centrado en los efectos de la pobreza y no en sus causas. Para resolver realmente el problema de la vulnerabilidad socioeconómica de los pueblos de América Latina, era esencial abordar las causas de la pobreza y la distribución desigual de la riqueza en la Región.

142. El Delegado de Argentina, observando la conexión entre la atención primaria de salud y la iniciativa “Rostros, voces y lugares”, recordó al Comité que su Gobierno patrocinaría una conferencia internacional sobre la atención primaria de salud del 13 al 17 de agosto del 2007 en Buenos Aires. La conferencia, “Buenos Aires 30-15: De Alma-Ata a la Declaración del Milenio”, coincidiría con la proximidad del trigésimo aniversario de la Declaración de Alma-Ata y el punto medio entre la adopción de la Declaración del Milenio y el 2015, año previsto para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Se disponía de información adicional en www.buenosaires30-15.gov.ar.

143. La doctora Morales agradeció a los Miembros del Comité sus comentarios y críticas constructivas, que ayudarían a la Oficina a mejorar el documento y fortalecer la iniciativa. Reiteró que la iniciativa era una respuesta institucional y que no procuraba reinventar la rueda, sino aprovechar las actividades e iniciativas que ya estaban en marcha, tanto en la OPS como en los Estados Miembros, y tomaba en consideración la pericia, los métodos y las prácticas óptimas de una amplia gama de programas de la OPS. También aprovechaba lo mejor que otros organismos podían ofrecer en lo que se refiere a métodos y enfoques para trabajar a nivel local. Ese era el contenido del conjunto de métodos, estrategias y buenas prácticas al cual se refería el documento.

144. La Directora, al presentar el contexto general de la iniciativa, recordó que, en los años siguientes a la adopción de la Declaración del Milenio, poco se había hecho en las Américas con respecto al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio porque se percibían como algo que se aplicaba sólo a los países pobres, y la mayoría de los países de las Américas no estaban comprendidos en esa categoría. No obstante, como era bien sabido, las Américas era la región más desigual del mundo en cuanto a la distribución de la riqueza y había mucha pobreza, aun en los países más ricos. Por eso la OPS estaba trabajando para desplazar el foco de la atención de los países pobres a las personas pobres, que en su gran mayoría vivían en países de ingreso mediano o alto de las Américas y no en países pobres.

145. Por primera vez, la Región parecía estar efectuando un progreso real contra la pobreza. Había experimentado cuatro años consecutivos de crecimiento económico y cuatro años de descenso de las tasas de pobreza. Es más, los países de la Región habían lanzado una serie de políticas sociales e iniciativas encaminadas a reducir la pobreza, mejorar la salud y la educación, y promover el desarrollo, dirigidas a las familias y comunidades más pobres. La OPS estaba tratando de aprovechar ese impulso a fin de convertir los Objetivos de Desarrollo del Milenio en realidad para todos en la Región.

146. Con respecto al indicador de NBI, no se estaba elaborando a partir de datos ad hoc sino de datos que ya se habían recopilado. Las encuestas demográficas y sanitarias realizadas en casi todos los países de la Región eran una de las fuentes. En cuanto al conjunto de métodos, estrategias y buenas prácticas, la idea era poner a disposición de las comunidades pobres y excluidas todo el caudal de recursos que hubiera a nivel nacional e internacional para hacer frente a problemas tales como la desnutrición, la malaria o la infección por el VIH/sida. La iniciativa “Rostros, voces y lugares” también facilitaría, mediante la tecnología de la información, el intercambio de experiencias entre comunidades para que pudieran aprender unas de otras.

147. Con respecto a los recursos financieros y humanos, la OPS no había asignado recursos específicos para la iniciativa aparte de los correspondientes al puesto de la doctora Morales. Sin embargo, estaba movilizando recursos de fuentes nacionales e

internacionales, como el Fondo PNUD-España establecido por el Gobierno de España expresamente para patrocinar proyectos orientados al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

148. El Comité Ejecutivo agradeció a la Oficina la información suministrada.

Prevención y control del dengue en las Américas: Enfoque integrado y lecciones aprendidas (documento CE140/17)

149. El doctor José Luis San Martín (Asesor Regional sobre el Dengue, OPS) examinó los antecedentes de la estrategia de gestión integrada del dengue, que había sido tratada dos veces desde 2001 por los Cuerpos Directivos de la OPS, señalando que otros órganos regionales y subregionales también habían propugnado un enfoque integrado. Luego describió la tendencia del dengue durante los últimos 30 años, señalando que prácticamente todos los países de la Región estaban notificando casos. La enfermedad había mostrado una tendencia ascendente constante, con picos epidémicos cada tres a cinco años, cada uno de los cuales superaba al anterior. La estrategia aplicada por los Estados Miembros procuraba detener esa tendencia. Era preocupante, sin embargo, la constatación de que el dengue hemorrágico había seguido mostrando una fuerte tendencia ascendente incluso con la aplicación de la estrategia, aunque las defunciones por dengue habían disminuido y la prevención de las defunciones era el objetivo primordial de la estrategia. Había una gran probabilidad de que se produjera un aumento brusco de los casos de dengue en el 2007, quizá con más de un millón casos, como consecuencia del fenómeno de El Niño/Oscilación Sur y otros factores climáticos, ambientales, demográficos y socioeconómicos. Por consiguiente, era indispensable seguir promoviendo la aplicación de la estrategia de gestión integrada a nivel nacional, incluida la dotación de los fondos necesarios.

150. El Comité Ejecutivo expresó su sólido apoyo a la estrategia integrada de la OPS para la prevención y el control del dengue e instó a la Organización a que apoyara su ejecución en todos los países de la Región, señalando que la estrategia también era eficaz para combatir otras enfermedades. Los Miembros observaron que, según la información contenida en el documento, el enfoque integrado evidentemente funcionaba pero debía aplicarse durante un período sostenido para producir resultados. A este respecto, un delegado, reconociendo la naturaleza cíclica del dengue epidémico, la complejidad de las características epidemiológicas del dengue y la dificultad para determinar la eficacia de los programas de prevención, instó a que se tuviera cuidado al declarar el éxito basándose en reducciones cuantitativas, a fin de no dar una impresión prematura o falsa de que se hubiese derrotado a la enfermedad.

151. El Comité recalcó que la participación comunitaria, la comunicación y la educación eran esenciales para apoyar un enfoque integrado, especialmente en el área del control y el manejo de vectores, y señaló que la educación sobre la participación en el

control de vectores debía empezar en la niñez con la incorporación de contenido específico en los programas de estudios escolares. El Comité también recalcó la necesidad de un enfoque multisectorial del dengue, ya que varios aspectos de su prevención y control eran ajenos a la competencia directa del sector de la salud. También se subrayó la necesidad de financiamiento sostenido para las actividades de prevención y control.

152. Los delegados recalcaron que, incluso en los lugares donde el dengue no constituía un grave problema, era importante que los países aplicaran la estrategia y se mantuvieran atentos para prevenir los brotes o detenerlos con prontitud. Se destacó la importancia de actividades de prevención y control del dengue en las zonas fronterizas y se señaló que la experiencia adquirida con las medidas para frenar su propagación podría ser útil para la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional.

153. Varios delegados subrayaron la importancia de abordar el tema del cambio climático, observando la conexión entre el mismo y el aumento de los casos de dengue y de otras enfermedades de transmisión vectorial. Los delegados también señalaron la necesidad de continuar la investigación sobre una vacuna contra el dengue y las pruebas de diagnóstico.

154. El doctor San Martín expresó su acuerdo con respecto a la necesidad de una dotación sostenida de fondos para la aplicación de la estrategia de gestión integrada, observando que se necesitaban investigaciones para determinar la verdadera magnitud de los costos relacionados con el dengue. También estuvo de acuerdo en que era indispensable un enfoque multisectorial. Opinó que el brote reciente de Paraguay había sido instructivo en ese sentido. El Gobierno había declarado una situación de emergencia de salud pública, generando de esa forma una respuesta multisectorial concertada y facilitando también la movilización de apoyo financiero y técnico. En consecuencia, se habían producido no más de veinte defunciones en un país donde podrían haberse producido cientos de muertes debido al número de personas susceptibles y a la magnitud del brote.

155. La Directora dijo que era interesante observar que uno de los puntos del orden del día de la Conferencia de Alcaldes de Estados Unidos, que se había realizado justo antes de la 140.^a sesión del Comité, había sido el tema de las botellas de plástico, que, además de contribuir a los problemas ambientales, eran un importante criadero de mosquitos.

156. El Comité aprobó la resolución CE140.R17 sobre este tema.

Política y estrategia regionales para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente (documento CE140/18)

157. El doctor Hernán Montenegro (Jefe de la Unidad de Organización de Servicios de Salud, OPS) presentó el documento CE140/18 y recalcó la importancia que la OPS atribuía a la calidad de la atención y la seguridad del paciente, preocupaciones importantes para todos los países de la Región. Puso de relieve las cinco líneas estratégicas de acción propuestas en el documento y su justificación, destacando el nexo entre este aspecto, las estadísticas demográficas y sanitarias y los recursos humanos para la salud.

158. La Organización no estaba en ese momento en condiciones de proponer una estrategia regional para fortalecer la calidad de la atención. Para ello había que realizar varias tareas preliminares. Una de las primeras era llegar a un acuerdo, tras un debate amplio que abarcara a todos los Estados Miembros y diversos interesados directos, sobre una definición de “calidad”. También era necesario generar datos probatorios sobre la calidad como base para buscar soluciones, reconociendo que no se podía prescribir una solución única para todos los países sino que había un “menú” de enfoques que podrían mejorar en gran medida la calidad de la atención. Al formular la estrategia regional, la OPS asignaría prioridad a las poblaciones vulnerables, especialmente las destinatarias de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La OPS también adoptaría un enfoque sistémico, trabajando en todos los programas y colaborando con todos los niveles de la Organización, y aprovecharía los avances realizados en los países. Se propuso crear un observatorio regional de la calidad de la atención con objeto de facilitar la definición de conceptos básicos, la generación y el intercambio de información y datos probatorios, la difusión de soluciones y otras actividades previstas en las líneas estratégicas de acción. El observatorio también sería un foro para la discusión y la formulación de la estrategia regional. En consecuencia, se pidió al Comité Ejecutivo que respaldara la creación del observatorio regional como primera medida orientada a la elaboración de una estrategia regional para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

159. El Comité Ejecutivo recibió con entusiasmo la propuesta de crear un observatorio regional y elaborar una estrategia regional para mejorar la calidad de la atención y apoyó las líneas de acción descritas en el documento. También elogió el nexo entre el trabajo de la OPS en esta esfera y la labor de la OMS, en particular la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y el Reto Mundial por la Seguridad del Paciente. Los Miembros formularon varias consideraciones que deberían tenerse en cuenta al pensar en el marco conceptual para la estrategia.

160. Un delegado recalcó que las iniciativas para mejorar la calidad de la atención debían considerarse como parte de los empeños más amplios para mejorar la calidad de la vida de los pueblos de la Región. Otro delegado recalcó que la satisfacción de los

pacientes debería ser una preocupación primordial, ya que, aunque la atención médica se considerara un éxito completo desde un punto de vista técnico, no podía considerarse como atención de buena calidad si el paciente no estaba conforme con el tratamiento recibido. Al mismo tiempo, se señaló que los pacientes tenían expectativas cada vez mayores y, en verdad, a veces poco razonables acerca de la “omnipotencia” de los médicos y su capacidad para prevenir la muerte, de modo que era importante no perder de vista el hecho de que la atención médica era proporcionada por seres humanos, que son falibles. Es más, todos los procedimientos médicos implicaban algún riesgo.

161. Varios delegados aludieron al clima cada vez más contencioso en la profesión de la atención de salud, que había conducido a la práctica de la “medicina defensiva”, como resultado de la cual los profesionales de la salud a veces veían con sospechas los sistemas de garantía de la calidad. Por consiguiente, era necesario convencerlos de que la mejora de la calidad de la atención beneficiaba a todos y procurar que participaran de buena gana en todo programa de mejora de la calidad. A este respecto, se destacó la necesidad de incorporar la garantía de la calidad en la formación de los profesionales médicos. Se señaló que la garantía de la calidad no podía ser la responsabilidad de un solo departamento de un establecimiento de asistencia sanitaria, sino que debía abarcar toda la institución, desde el personal de limpieza hasta el personal médico directamente responsable de la asistencia al enfermo. De manera análoga, las medidas de garantía de la calidad debían abarcar los sistemas de salud en su totalidad y no podían limitarse a establecimientos de asistencia sanitaria considerados individualmente, a fin de lograr tanto la continuidad como la calidad de la atención. También había que incluir las entidades no gubernamentales, que a menudo se encargaban de la acreditación de establecimientos de salud y la certificación de profesionales.

162. Los miembros recalcaron la importancia de las directrices de base científica y los protocolos clínicos para lograr la uniformidad y la calidad de la atención. Se señaló que el uso de tecnología moderna de la información sanitaria podría reducir los errores médicos, bajar los costos sanitarios y mejorar los resultados de salud. Sin embargo, también se reconoció que la introducción de esa tecnología y la mejora de los sistemas para recopilar información y notificar sucesos adversos requerirían recursos considerables. Mecanismos tales como la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y la colaboración entre los países constituían formas de crear sinergia y movilizar los recursos necesarios.

163. El Comité señaló varias áreas para la cooperación técnica de la OPS, entre ellas la colaboración con los países a fin de adaptar normas, directrices y pautas mundiales para la definición, medición y notificación de sucesos adversos, el apoyo a los países para el desarrollo de sistemas de notificación, la adopción de medidas preventivas, la ejecución de medidas para reducir los riesgos y la ayuda a los países para buscar el mejor método de control de la calidad según sus circunstancias. El Comité opinó que el observatorio

propuesto de la calidad de la atención sería una buena herramienta para suministrar información, directrices y prácticas óptimas a fin de que los países pudieran tomar las mejores decisiones posibles con respecto a la garantía de la calidad.

164. El doctor Montenegro dijo que los comentarios del Comité demostraban que la garantía de la calidad era un área muy amplia y que se necesitaba un enfoque flexible que respetara la diversidad de los países. Estuvo de acuerdo en que el observatorio sería una buena herramienta para compartir y aprovechar las experiencias de los países de la Región, y observó que la OPS estaba llevando a cabo un estudio multicéntrico en varios países que también contribuiría al debate.

165. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE140.R18 sobre este tema.

Asuntos administrativos y financieros

Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (documento CE140/19)

166. El señor Previsich (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había escuchado una exposición de la señora Sharon Frahler (Gerenta de Área, Gestión e Informes Financieros) sobre las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (IPSAS), quien había descrito las principales características de las IPSAS, destacando las ventajas y los retos de su aplicación. La señora Frahler había puesto de relieve el costo del financiamiento de las prestaciones del seguro médico después de la separación del servicio de acuerdo con las IPSAS, así como otros costos de su aplicación. Se calculaba que el costo total, sin contar el financiamiento del seguro médico después de la separación del servicio, se situaba en torno a los \$500.000. A pesar del costo, la Oficina había recomendado que la OPS se sumara al resto del sistema de las Naciones Unidas en la adopción de las IPSAS, lo cual le permitiría emplear las mejores prácticas reconocidas para la contabilidad y la presentación de informes financieros del sector público. En particular, el sistema nuevo permitiría a la OPS poner en práctica la gestión orientada a la consecución de resultados de una forma que no sería posible con las normas de contabilidad actuales de las Naciones Unidas.

167. El Subcomité había expresado su apoyo general a la adopción por la OPS de las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público, pero había expresado inquietud por los costos de la transición y había instado a la Oficina a que tratara de reducirlos en la medida de lo posible al implantar el sistema nuevo. El Subcomité había recalcado, por ejemplo, que la OPS debería sopesar cuidadosamente las ventajas y el costo del paso a la auditoría anual. Se había sugerido que, al preparar los documentos para el Comité Ejecutivo, la Oficina considerara la posibilidad de incluir una gráfica circular que mostrara la repercusión real sobre los fondos programáticos de la implantación tanto de las IPSAS como del Plan Maestro de Inversiones de Capital.

También se señaló que sería útil tener un cuadro o gráfico que mostrara los costos y las ventajas de la aplicación de las IPSAS tanto a corto como a largo plazo.

168. La señora Frahler informó que la implantación de las IPSAS estaba planteando grandes dificultades en las Naciones Unidas. Las dificultades habían surgido en cuatro áreas principales: el paso a los estados financieros anuales verificados, el requisito de que las inversiones se contabilizaran según su valor de mercado, la necesidad de establecer un módulo para la contabilidad de bienes de capital con depreciación anual y el paso a la contabilidad en valores devengados. Esta última área era la que estaba causando las mayores dificultades para el sistema de las Naciones Unidas porque había que enseñar al personal en todo el mundo a encarar su trabajo de una forma diferente.

169. Tres organismos, uno de ellos la OMS, implantarían las IPSAS a partir del 1 de enero del 2008. En vista de que algunos cambios, como el paso a la contabilidad en valores devengados, debían hacerse de todas maneras para que la OPS continuara armonizada con la OMS, en la OPS ya se había iniciado la capacitación sobre las IPSAS. Sin embargo, si los Estados Miembros decidían no aprobar la adopción de las IPSAS, eso significaría que la OPS estaría operando con dos conjuntos diferentes de normas de contabilidad simultáneamente. Si los Estados Miembros de la OPS decidían que la OPS debía implantar las IPSAS, no era necesario que eso se hiciera de una vez. La OPS podría comenzar la implantación el 1 de enero del 2008, al mismo tiempo que la OMS, pero procediendo de forma gradual y progresiva hasta concluirla en el 2010.

170. La cifra de \$500.000 indicada como costo previsto de la implantación de las IPSAS en la OPS partía del supuesto de que se introducirían las auditorías anuales, pero como parecía que los Estados Miembros preferían continuar con las auditorías bienales el costo para 2008-2009 bajaría alrededor de \$100.000. Con respecto a la solicitud del Subcomité de que la Oficina tratara de economizar más, la OPS se sumaría a las Naciones Unidas en un contrato con una organización independiente de servicios actuariales, medida que reduciría los costos.

171. Al igual que el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración, el Comité Ejecutivo apoyó la adopción de las IPSAS, considerando que, a largo plazo, las ventajas superarían a los costos. Sin embargo, en vista de que los cálculos de los costos no incluían el financiamiento del seguro médico después de la separación del servicio, el Comité preguntó si se podría proporcionar a la Conferencia Sanitaria Panamericana un cálculo de ese costo. El Comité pidió también que, en el presupuesto para el ejercicio 2008-2009, se incluyera un cálculo de los gastos relacionados con la implantación de las IPSAS.

172. La señora Frahler dijo que, como la OPS se había enterado poco antes de que podía sumarse a las Naciones Unidas para obtener servicios actuariales, no sería posible determinar el costo del financiamiento del seguro médico después de la separación del

servicio a tiempo para la Conferencia Sanitaria Panamericana que se realizaría en octubre del 2007, pero que probablemente podría proporcionarse un cálculo al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración en el 2008.

173. La Directora reconoció que el costo de la implantación de las IPSAS no estaba incluido en el proyecto de presupuesto ordinario para el ejercicio financiero 2008-2009. También observó, sin embargo, que algunos de los ingresos excedentarios que la Organización preveía tener a fines del bienio en curso podrían colocarse en un fondo especial y que posteriormente la Oficina podría pedir autorización, probablemente en la sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración de marzo del 2008, para utilizarlos a fin de solventar el costo de la implantación de las IPSAS. Algunos de los costos también podrían sufragarse con la adopción de medidas para reducir los costos y la postergación de ciertas actividades o de la cobertura de vacantes.

174. El Comité aprobó la resolución CE140.R4 sobre este tema, recomendando que la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana respaldara la introducción de las IPSAS en la OPS para el 2010.

Plan Maestro de Inversiones de Capital (documento CE140/20)

175. El señor Previsich (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el SPBA había examinado una versión anterior del documento sobre este tema, tras una presentación del señor Edward Harkness (Gerente del Área de Operaciones de Servicios Generales, OPS), quien había explicado que el objetivo de la propuesta era contar con una fuente estable de financiamiento para el mantenimiento y la mejora regular de los bienes inmuebles y la infraestructura de tecnología de la información de la Organización, en lugar de abordar esas necesidades según las circunstancias del caso, como se había hecho en el pasado. La propuesta requería la creación de un Fondo Maestro de Inversiones de Capital con dos fondos subsidiarios: uno para bienes inmuebles y equipo y otro para tecnología de la información, a los cuales se transferirían los saldos del Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles y del Fondo de Bienes de Capital, a partir del 1 de enero del 2008. Entre otras fuentes de financiamiento propuestas para el Fondo Maestro de Inversiones de Capital se encontraban una asignación del presupuesto bienal por programas, ingresos varios que excedieran la cifra presupuestada y los excedentes del presupuesto que quedaran a fines de cada bienio.

176. En su exposición del tema, el Subcomité había recibido con beneplácito el enfoque de largo plazo de la planificación y presupuestación para inversiones de capital y había acordado que el mantenimiento preventivo regular de edificios y equipo en último término le ahorraría dinero a la Organización. Aunque en el Subcomité había consenso con respecto al establecimiento del Fondo Maestro de Inversiones de Capital, los Miembros habían planteado varias cuestiones y preguntas con relación a las fuentes de

financiamiento propuestas. Se había expresado gran preocupación con respecto a la propuesta de usar recursos excedentarios del presupuesto bienal por programas de la Organización como fuente de financiamiento, y varios Miembros habían sido categóricos en que no debían usarse fondos asignados a actividades programáticas para pagar los gastos de mantenimiento y reparación de edificios. El Subcomité consideraba que los Cuerpos Directivos debían seguir decidiendo el destino de todo superávit presupuestario. El Subcomité había solicitado que la Oficina preparara una propuesta revisada a fin de someterla a la consideración del Comité Ejecutivo en la sesión actual, especificando en particular los topes para ambos fondos subsidiarios.

177. El señor Harkness dijo que un estudio de los edificios de la OPS en toda la Región (pertenecientes a la OPS, alquilados o proporcionados por los gobiernos) había revelado que se necesitarían renovaciones por un total de más de \$8 millones durante los diez años siguientes. Un estudio similar del equipo de informática y comunicaciones que se necesitaría durante el mismo período había indicado una cifra de aproximadamente \$18 millones. En vista de ello, se propuso un tope de \$2 millones para el fondo subsidiario para bienes inmuebles y equipo (a diferencia de los \$500.000 del actual Fondo para Bienes Inmuebles) y de \$6 millones para el fondo subsidiario para tecnología de la información (a diferencia de los \$5,6 millones del Fondo de Bienes de Capital).

178. En respuesta a las inquietudes expresadas por el Subcomité acerca de la responsabilización, el Señor Harkness señaló que todas las operaciones eran completamente transparentes y que todos los Estados Miembros interesados tenían a su disposición documentación completa de las necesidades de todos los proyectos. Confirmó que los fondos subsidiarios se mantendrían separados y que no se prestarían recursos entre ellos.

179. El Comité Ejecutivo reconoció la necesidad de mantener y renovar los edificios, algunos de los cuales eran propiedad de la OPS, y de que la infraestructura de informática y comunicaciones se mantuviera actualizada. Al mismo tiempo, los Miembros expresaron sorpresa por la dificultad para financiar tales proyectos, ya que la Organización parecía estar en una situación económica muy buena. El Comité recibió favorablemente los topes financieros fijos para los dos fondos subsidiarios, de acuerdo con lo solicitado por el SPBA. Sin embargo, las reglas financieras para los fondos subsidiarios y los procedimientos para transferir recursos a dichos fondos todavía parecían un poco vagas. Se sugirió que el SPBA y el Comité Ejecutivo examinaran anualmente la posible utilización de los fondos excedentarios.

180. Los delegados preguntaron cómo se asignarían recursos entre los dos fondos subsidiarios según la prioridad de las obras a realizarse y si los edificios serían tratados de forma diferente según fuesen propiedad de OPS, alquilados o proporcionados por un ministerio de salud. También se pidió a la Oficina que aclarara la relación entre el fondo

propuesto y el Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles de la OMS, del cual la OPS también tenía derecho a recibir fondos. Varios delegados se pronunciaron a favor de una inyección inicial de recursos en el Fondo, en vista del número de necesidades urgentes descritas en el documento.

181. El señor Harkness dijo que el enfoque del mantenimiento y la renovación era uniforme, independientemente de quién fuese el propietario de un edificio utilizado por la OPS. La Organización trataría primero de que el dueño de un edificio comercial o el gobierno que lo proporcionara gratuitamente pagara las obras pero que, si eso no fuese factible, la OPS lo pagaría. Con respecto al Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles de la OMS, explicó que, cada bienio, la OMS distribuía alrededor de \$2 millones entre todas las regiones. Las cantidades recibidas por la OPS eran variables, pero tendían a ser moderadas, ya que la Región de las Américas era considerada como una de las más prósperas.

182. La Directora dijo que era cierto que la Organización estaba en una buena situación económica en ese momento, puesto que un gran número de cuotas se habían pagado puntualmente, pero que esa situación quizá no durara. También aclaró que no sería posible examinar la disponibilidad de fondos excedentarios cada año sino sólo al final del ciclo presupuestario bienal de la Organización.

183. Señaló que el Fondo Maestro de Inversiones de Capital propuesto estaba relacionado en cierta medida con el debate sobre el punto anterior: la OPS estaba adoptando la gestión orientada a la consecución de resultados, con nuevas normas y procedimientos de contabilidad y nuevas maneras de asentar el valor y la depreciación de los activos. Por primera vez estaba tratando de predecir los costos venideros, en lugar de reaccionar según las circunstancias del caso a los problemas de mantenimiento, la necesidad de mejorar el equipo, el refuerzo de la seguridad de los edificios y cuestiones afines. Recordó que la renovación del edificio de la Sede había requerido la aprobación de urgencia de \$14 millones, que casi habían agotado el Fondo de Trabajo y habían repercutido seriamente en las actividades básicas de la Organización durante dos años. La finalidad del Fondo propuesto era evitar esos daños a la verdadera misión de la Organización. Es más, algunos de los costos en cuestión se recuperarían: la mejora del equipo de comunicaciones, por ejemplo, reduciría la necesidad de viajes, en tanto que el mantenimiento de los nueve edificios pertenecientes a la OPS en la Región mejoraría su valor como inversión. En resumen, el establecimiento del Fondo formaba parte de la buena administración que los Estados Miembros esperaban de la Organización.

184. El Comité aprobó la resolución CE140.R6, en la cual se recomendaba que la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana aprobara el establecimiento del Fondo Maestro de Inversiones de Capital.

Informe sobre la recaudación de las cuotas (documentos CE140/21 y CE140/21,

Add. I)

185. La señora Linda Kintzios (Tesorera y Jefa de la Unidad de, Gestión, Análisis y Sistemas Financieros, OPS) se refirió al documento CE140/21, en el cual se informaba sobre la recaudación de cuotas hasta el 7 de mayo del 2007, y el documento CE140/21, Add. I, con información actualizada al 18 de junio del 2007. Señaló que, después de esta última fecha, se habían recibido \$84.000 de Cuba y \$225.194 de Uruguay. Con ese pago, Cuba había liquidado por completo sus atrasos (y también había efectuado un pago para el 2007), concluyendo así su plan decenal de pagos diferidos.

186. La recaudación combinada de cuotas atrasadas y del año en curso hasta la fecha totalizaba \$70,1 millones, cifra que representaba una mejora considerable de las recaudaciones generales en comparación con los \$42,9 millones recaudados en 2006, los \$42,8 millones recaudados en 2005 y los \$37,8 millones recaudados en 2004. Se habían recibido las cuotas asignadas del año en curso de 25 Estados Miembros, que ascendían a \$27,2 millones, es decir, 30%, cifra que representaba un aumento muy favorable en comparación con el 7% recaudado en el mismo período del 2006. Hasta la fecha, los ingresos recibidos para el fondo fiduciario de Contribuciones Voluntarias para los Programas Prioritarios totalizaban \$12.534.

187. En las deliberaciones subsiguientes, un Miembro preguntó por qué los Países Bajos y Puerto Rico figuraban en el estado de las cuotas del anexo A del documento CE140/21.

188. La Directora aclaró que los Países Bajos, así como Francia y el Reino Unido, eran Estados Miembros de la Organización que representaban a sus territorios de ultramar en la Región. Puerto Rico era un Estado Asociado. Además, España y Portugal eran Estados Observadores, y España efectuaba una contribución importante al presupuesto de la Organización.

189. La Directora también agradeció a los países que habían efectuado pagos. La determinación de los Estados Miembros de ponerse al día con los pagos de cuotas era una tendencia muy favorable. La conclusión por Cuba de su plan de pagos diferidos era motivo de celebración. Otros países con un plan decenal también estaban efectuando sus pagos puntualmente. La primera vez que se había propuesto un plan de pagos a diez años habían surgido dudas con respecto a si un plazo tan largo permitiría a los países resolver sus problemas de cumplimiento, pero había resultado eficaz. Un factor importante para el éxito había sido el diálogo franco entre los representantes de la Organización y una amplia gama de órganos decisorios de los países: desde las comisiones parlamentarias de presupuesto hasta la oficina del primer ministro.

190. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE140.R3, en la cual agradecía a los Estados Miembros que ya habían efectuado los pagos para el 2007, instaba a los demás a

que pagaran las contribuciones pendientes cuanto antes y recomendaba a la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana que las restricciones del voto que figuran en el artículo 6.B de la Constitución de la OPS se aplicaran sistemáticamente a los Estados Miembros que estuvieran atrasados con el pago de las cuotas.

Proceso para implantar la nueva escala de cuotas con base en la nueva escala de la OEA (documento CE140/22)

191. El señor Sotela (Jefe de la Unidad de Planificación, Presupuesto por Programas y Apoyo a Proyectos, OPS), recordando que la escala de cuotas de la OPS se basaba en la escala de la Organización de los Estados Americanos, informó que, en junio, la Asamblea General de la OEA había considerado el establecimiento de una escala nueva que se aplicaría a partir del 2009 y había solicitado al grupo de expertos que estaba trabajando en el asunto que concluyera su tarea a más tardar el 30 de septiembre del 2007. Después se celebraría una reunión extraordinaria de la Asamblea General de la OEA, a más tardar el 14 de diciembre del 2007, para adoptar la nueva escala.

192. En lo que atañe al presupuesto de la OPS para el ejercicio 2008-2009, habría que decidir si se aplicaría a) la escala de la OEA para el 2009 una vez que fuese aprobada en diciembre del 2007, b) la escala transitoria de la OEA para el 2008, ya aprobada, o c) la escala de cuotas actual de la OPS (basada en la escala de la OEA para el 2007) hasta que la OEA adoptara una escala permanente. El señor Sotela aclaró que, como los presupuestos de la OPS eran bienales, aunque la OEA tuviera un ciclo presupuestario anual la escala de la OEA que se adoptara en último término se aplicaría a ambos años del bienio de la OPS.

193. El Comité Ejecutivo prefería la tercera opción, a saber, el mantenimiento de la escala actual hasta que la OEA adoptara una escala permanente a partir del 2009. Sin embargo, el Observador por el Brasil expresó preferencia por la segunda opción, recalando que era importante mantener la conexión entre el presupuesto de la OPS y la escala de cuotas establecida por la OEA.

194. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE140.R5, según la cual se aplicaría la escala actual de la OPS al proyecto de presupuesto por programas para el ejercicio financiero 2008-2009 y, una vez que la OEA hubiera decidido sobre una escala nueva, se aplicaría dicha escala a bienios posteriores.

Informe financiero parcial del Director para 2006 (documento oficial 326)

195. El señor Previsich (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) señaló que el Subcomité había tratado el informe financiero parcial del Director después de oír un resumen presentado por la señora Sharon Frahler (Gerenta de Área, Gestión e Informes Financieros, OPS), quien había informado al Subcomité que los recursos financieros de la Organización habían aumentado considerablemente en el 2006, con ingresos de todas las fuentes que totalizaban \$537 millones. El mayor crecimiento se había producido en los ingresos de los fondos fiduciarios y los fondos recibidos para adquisiciones en nombre de los Estados Miembros. Las contribuciones voluntarias de la OMS también habían aumentado mucho. Con respecto a los ingresos de las contribuciones señaladas de los Estados Miembros, 37 de 39 Estados Miembros y Asociados de la Organización habían pagado las cuotas durante el año, por un total de \$97,2 millones, de los cuales \$47 millones correspondían a contribuciones señaladas de años anteriores. La señora Frahler también había informado que la Organización había terminado el 2006 con un superávit presupuestario de \$11,1 millones, lo cual era normal en el primer año de un bienio porque la Directora retenía fondos prudencialmente para gastos del segundo año por si se producían atrasos en el pago de las cuotas. El excedente sin duda alguna se utilizaría a lo largo del año en curso.

196. El Subcomité había elogiado el aumento en el pago de las contribuciones correspondientes a años anteriores, pero varios Miembros habían expresado preocupación por la subsistencia de los atrasos de algunos países, subrayando la necesidad de que todos los Estados Miembros cumplieran sus compromisos con la Organización, incluidos sus centros panamericanos. El hecho de que las contribuciones voluntarias representaban en ese momento una proporción mayor de los ingresos de la OPS que las cuotas también podía constituir motivo de preocupación, en particular porque muchas contribuciones voluntarias se destinaban a finalidades específicas, lo cual podía limitar la capacidad de la Organización para llevar a cabo sus programas y encauzar fondos adonde fuesen más necesarios. La tendencia a un mayor uso de ingresos de fondos fiduciarios para los proyectos internos se consideraba positiva y se había instado a la Organización a que explorara las posibilidades para ampliar esa modalidad de cooperación técnica.

197. La señora Frahler, refiriéndose a la preocupación del Subcomité por los atrasos, informó que en el bienio en curso se habían recibido más de \$53 millones en concepto de cuotas atrasadas. Los atrasos restantes ascendían a no más de \$11,3 millones. Además, el crecimiento de los fondos voluntarios había sido mayor que nunca: en ese momento, la cifra superaba los \$200 millones. También se había registrado un importante crecimiento en los fondos para la adquisición de vacunas y medicamentos antirretrovíricos, que en ese momento ascendían a \$250 millones para el bienio. Aunque el total de los ingresos para el bienio 2004-2005 había alcanzado los \$799 millones, la proyección para el bienio en curso se situaba entre \$900 millones y \$1.000 millones.

198. En las deliberaciones posteriores, un Miembro del Comité, tras expresar satisfacción por el aumento de los ingresos, preguntó si ello había suscitado mayores dificultades en el área de la gestión financiera. También se solicitó más información sobre la situación financiera de los centros panamericanos.

199. La señora Frahler dijo que el aumento de los recursos financieros recibidos y gastados ciertamente había presentado algunos retos, tanto para la gestión financiera como para la ejecución. En lo que se refiere a la gestión financiera, el desafío consistía en administrar una cantidad mucho mayor de recursos con un personal cada vez más reducido. La OPS estaba afrontando ese reto mediante la automatización de la contabilidad y la simplificación de todas las áreas de la gestión financiera y la presentación de informes. A fin de contar con los controles internos necesarios, la OPS había establecido el marco de responsabilización financiera, con el cual la Oficina había ayudado a los jefes de las oficinas en los países a asumir plena responsabilidad por sus oficinas. Eso había implicado la extensa capacitación del personal financiero en las 35 oficinas en los países. La OPS también había instituido un procedimiento de examen mensual, en virtud del cual el jefe de cada oficina en el país y todos los gerentes de área y jefes de unidad en la Sede debían certificar la exactitud de sus cuentas.

200. Dos de los centros panamericanos estaban en una situación financiera muy buena: el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) tenía un Fondo de Trabajo de más de \$1,2 millones, mientras que el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) también tenía un Fondo de Trabajo de más de \$1 millón, así como recursos de fondos fiduciarios que llegaban a casi \$400.000. El Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) estaba en una situación más difícil, debido en gran parte a que un Estado Miembro adeudaba más de \$1 millón. La Oficina estaba examinando varias opciones, entre ellas la tercerización de las tareas de impresión o la combinación de la administración del CFNI con la Representación de la OPS/OMS en Jamaica, a fin de aliviar la situación financiera del centro.

201. La Directora señaló que, anteriormente, el nivel máximo de las contribuciones voluntarias de la OMS a la Región en cualquier bienio había sido de \$12 millones, pero que, en el segundo año del bienio en curso, la cifra ascendía a casi \$44 millones. Ese cambio importante podía atribuirse en gran parte a los propios Estados Miembros, que habían expresado claramente su preocupación por la política de la OMS con respecto a la distribución de recursos entre las regiones, lo cual había conducido a la adopción de una política más equitativa por la OMS.

202. Otro motivo del aumento de los recursos proporcionados a la Región había sido el reconocimiento por la OMS de la eficacia del Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES). Al mismo tiempo, el éxito de ese sistema había permitido a la Organización entablar negociaciones en relación

con contribuciones programáticas plurianuales de importantes donantes tales como Canadá, España y Estados Unidos, en lugar del apoyo tradicional para proyectos específicos. Esos acuerdos plurianuales a su vez habían llevado a una simplificación de los procedimientos, la administración y la presentación de informes, así como a una disminución de los costos de transacción y ejecución.

203. El Comité tomó nota del informe financiero parcial del Director.

Informe sobre las actividades de la Unidad de los Servicios de Supervisión Interna (documento CE140/23)

204. El señor Michael Boorstein (Director de Administración, OPS) recordó que el Reglamento Financiero daba instrucciones al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) para que mantuviera una función de auditoría interna que se ocupara de velar por la suficiencia y la eficacia de los sistemas generales de control interno de la Organización. Anteriormente, la función de supervisión interna había sido una actividad conjunta en el marco de las atribuciones generales del Director General de la OMS y el Director de la OSP. Con el tiempo, los sucesivos Directores de la OSP habían tratado de racionalizar el equilibrio entre ambas oficinas. En agosto del 2006 se había decidido que la Oficina de Servicios de Supervisión Interna de la OMS continuaría supervisando los proyectos financiados por la OMS en la Región de las Américas, de la misma forma que en otras regiones de la OMS, y que la OPS se haría cargo de la supervisión interna de los proyectos financiados por la OPS, mediante evaluaciones del cumplimiento y de la ejecución de programas.

205. Por lo tanto, la función de supervisión interna de la OPS se encontraba en un estado de la transición. La Unidad de Servicios de Supervisión Interna estaba elaborando un plan de auditorías basado en los riesgos, centrándose en las áreas de alto riesgo de la Organización. Mientras que la función tradicional de auditoría se había concentrado principalmente en las finanzas y la administración, ahora se tendía a examinar los programas y los procesos de principio a fin, comprobando que se encuadraran en las metas estratégicas y buscando una mayor eficiencia. Como consecuencia de la mayor orientación de la Organización a los países, las propias auditorías también debían estar orientadas cada vez más a los países.

206. El Comité Ejecutivo agradeció el trabajo de la Unidad de Servicios de Supervisión Interna durante 2006, señalando que había proporcionado el seguimiento, la evaluación y la responsabilización necesarios. El Comité, por consiguiente, instó a la Oficina a que pusiera en práctica todas las recomendaciones de la Unidad con prontitud. Al mismo tiempo, el Comité instó a la Unidad de Servicios de Supervisión Interna a que siguiera prestando la debida atención al seguimiento de la aplicación de sus recomendaciones. Se sugirió que los informes futuros contuvieran un cuadro que mostrara el estado de las recomendaciones formuladas durante el período comprendido

en el informe. Los Miembros solicitaron información sobre la marcha del nuevo sistema, en el cual las funciones de auditoría de la OPS estaban separadas de las funciones de la OMS, y expresaron inquietud por el hecho de que dos altos cargos en la Unidad seguían vacantes.

207. El Señor Boorstein dijo que había tomado nota de la sugerencia en cuanto a un cuadro de recomendaciones. El proceso de contratación del Oficial de Evaluación y el Auditor Principal ya estaba en marcha, previéndose que ambas vacantes se llenarían para fines del tercer trimestre del 2007. Entretanto, la Unidad tenía un funcionario que en el 2006 había efectuado auditorías en las oficinas de país de Bolivia, Brasil, Jamaica y Nicaragua, así como en el CFNI, y que en el 2007 ya había llevado a cabo auditorías en Argentina, Belice, Chile, Costa Rica y Venezuela. Las relaciones con la Oficina de Servicios de Supervisión Interna de la OMS en Ginebra seguían siendo excelentes.

208. La Directora señaló que, para llegar a la situación actual, se habían necesitado 10 años de diálogo con la OMS. Como resultado de los cambios que por fin se habían hecho, la OPS era la única oficina regional de la OMS que tenía cuatro funciones de supervisión: su propia Unidad de Servicios de Supervisión Interna, la Oficina de Servicios de Supervisión Interna de la OMS y los auditores externos tanto de la OPS como de la OMS.

209. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe de la Unidad de Servicios de Supervisión Interna.

Asuntos de personal

Reforma de la contratación en la OPS y ratificación de las modificaciones del Reglamento del Personal de la OSP (documentos CE140/24 y CE140/25)

210. La señora Dianne Arnold (Gerenta del Área de Gestión de Recursos Humanos, OPS) observó que el régimen común de las Naciones Unidas reglamentaba y coordinaba las condiciones del servicio para los empleados de las Naciones Unidas. Agregó que la OPS vigilaba regularmente el régimen común para que su propio sistema de personal estuviera de acuerdo con los marcos y las directrices establecidos por la Asamblea General de las Naciones Unidas y la Comisión de Administración Pública Internacional (CAPI). En 2005 la CAPI había decidido que bastarían tres categorías de nombramientos para abarcar las necesidades de las organizaciones internacionales: de plazo fijo, de duración indeterminada o continuo, y temporales. El Consejo Ejecutivo de la OMS había hecho los cambios correspondientes en el Reglamento del Personal de la OMS, que en su mayoría entrarían en vigor el 1 de julio del 2007. A fin de seguir siendo compatible con la OMS y las recomendaciones de la CAPI, la OPS proponía implantar los tres tipos de contratos a partir del 1 de enero del 2008. La señora Arnold facilitó algunos detalles prácticos sobre la aplicación de los diversos tipos de contratos, señalando que de hecho la

OPS ya había tenido contratos de los tres tipos, aunque quizá con nombres diferentes.

211. La Delegada de los Estados Unidos de América afirmó que sería prematuro respaldar la reforma propuesta de la contratación para la OPS, recordando que, si bien la Asamblea General de las Naciones Unidas, en su sexagésimo primer período de sesiones, había tomado nota del marco contractual propuesto por la CAPI, no había decidido implantarlo sino que esperaba recibir más información de esta. Sugirió que se indicara en el proyecto de resolución referido tanto a la reforma contractual como a las modificaciones del Reglamento del Personal que tal reforma de la contratación estaría supeditada a la aprobación previa por la Asamblea General de nuevos arreglos contractuales para el régimen común de las Naciones Unidas.

212. La Directora señaló que la propuesta de reformas de la contratación había sido preparada sobre la base de un análisis riguroso y en estrecha cooperación con la Asociación de Personal. La Organización siempre había sido muy conservadora en cuanto a la gestión del personal y le preocupaban mucho las repercusiones de los asuntos de personal en los costos, de modo que procuraba siempre equilibrar los intereses de los Estados Miembros, la sostenibilidad de la Organización y el bienestar del personal. La OPS era diferente en muchos aspectos de otros organismos, y en particular de las Naciones Unidas. No era procedente aplicar a la OPS las mismas observaciones que concernían a otras organizaciones en otras partes del mundo.

213. La Directora recalcó tres puntos: en primer lugar, la mayoría de las reformas propuestas ya se habían puesto en práctica varios años antes, de modo que en ese momento el objetivo no era cambiar la práctica sino armonizar la nomenclatura con la práctica. En segundo lugar, la simplificación y agilización de los procedimientos aumentarían la eficiencia, algo que los Estados Miembros reiteradamente habían exhortado a la Oficina a que hiciera. En tercer lugar, las reformas propuestas formaban parte del proceso de ajuste de la relación entre la evaluación del desempeño y las necesidades del cargo.

214. La señora Arnold expuso tres razones de las modificaciones propuestas del Reglamento del Personal: la uniformidad con el sistema de las Naciones Unidas, el marco contractual de la OMS y prácticas de gestión acertadas. Aunque muchos de los cambios eran en gran medida de redacción, explicó la justificación de algunas de las reformas que eran más de fondo.

215. La Delegada de los Estados Unidos de América reconoció que había varios cambios buenos. Aunque valoraba el régimen común de las Naciones Unidas, que procuraba evitar discrepancias en las condiciones de empleo y prevenir la competencia por personal entre organismos, se sentía obligada a expresar su preocupación con respecto a las modificaciones propuestas en los aumentos de sueldo dentro del mismo grado por méritos de servicio, la licencia para instrucción o servicio militar, la licencia en

el país de origen, las prórrogas de la licencia de paternidad o por adopción, el Tribunal Administrativo y la licencia por maternidad en el caso de nacimientos múltiples. Los delegados de Canadá y Chile también expresaron preocupación por el último cambio.

216. Tras una explicación de la señora Arnold, la Delegada de los Estados Unidos de América retiró sus objeciones en cuanto a la licencia en el país de origen. Con respecto a los cambios propuestos en la prestación por movilidad y condiciones de vida difíciles y en el subsidio por nuevo destino, se decidió, de acuerdo con una sugerencia de los Estados Unidos, cambiar la frase “acordados entre las organizaciones internacionales” a fin de que diga “aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas para el régimen de las Naciones Unidas”. También se decidió que los asuntos de la licencia por maternidad en el caso de nacimientos múltiples, los aumentos de sueldo dentro del mismo grado por méritos de servicio y la licencia para instrucción o servicio militar serían examinados por el SPBA en su segunda sesión en marzo de 2008 y que los cambios futuros del Reglamento del Personal se presentarían normalmente al SPBA.

217. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE140.R14 sobre este tema.

Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OSP (documento CE140/26)

218. La señora Carolina Báscones (Presidenta de la Asociación de Personal de la OSP) resumió el contenido del documento CE140/26, Rev. 1, que presentaba los asuntos de los cuales la Asociación de Personal deseaba poner en conocimiento al Comité Ejecutivo. Esos asuntos, relacionados con el Sistema de Integridad y Resolución de Conflictos, abarcaban los logros obtenidos hasta la fecha y la acción adicional recomendada por la Asociación de Personal, el fortalecimiento de los procedimientos de selección y contratación de personal en el contexto de la reforma de los recursos humanos, la mejora de la capacidad gerencial y del liderazgo administrativo y su efecto directo en la gestión de los recursos humanos de la OPS, la evaluación del desempeño en 360 grados y la promoción de una cultura participativa en la formación de líderes.

219. La señora Báscones señaló que, en sus cuatro años como Presidenta de la Asociación de Personal de la OSP, se habían producido numerosas mejoras en el entorno institucional de la Organización. El personal deseaba agradecer al Comité Ejecutivo sus esfuerzos para guiar a la Organización en la dirección correcta y sobre todo deseaba expresar su agradecimiento a la Directora por los numerosos cambios y mejoras que había introducido en su cultura y entorno laboral. Destacó las mejoras en la relación entre el personal y la dirección, en la transparencia y el manejo de conflictos, en los procesos de selección y el Reglamento del Personal, en la gestión de los recursos humanos y en las reformas contractuales, cambios que habían conducido a la creación de una nueva cultura institucional. El reto en el futuro sería mantener y mejorar esa cultura. El personal de la OPS se mantenía firme en su compromiso de cumplir la misión de la Organización.

220. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito esta intervención muy positiva y su evocación de una cultura institucional floreciente.

221. La Directora rindió homenaje a la contribución que el personal había hecho a los numerosos cambios positivos en la Organización, señalando que todo el trabajo de la Asociación de Personal se hacía voluntariamente y fuera del horario de trabajo remunerado.

222. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe y agradeció a la señora Báscones, que se retiraba del cargo de Presidenta de la Asociación de Personal.

Asuntos de información general

Recursos humanos de la OSP: Perfil del personal (documento CE140/INF/1)

223. La señora Arnold (Gerenta del Área de Gestión de Recursos Humanos, OPS) señaló que el documento CE140/INF/1 contenía gráficos e información resumida sobre el perfil del personal y examinó los logros de la Organización en el ámbito de la gestión de recursos humanos durante el último año. Se habían aprobado tres directrices decisivas: sobre el empleo de jubilados, sobre la infección por el VIH/sida en el lugar de trabajo y sobre la administración del personal en un lugar de destino con condiciones de vida difíciles, que, en la Región, en ese momento era Haití. Además, se había trabajado mucho con respecto a la concientización y los programas de educación de los empleados, con un ciclo de talleres sobre la respuesta a los desastres y el manejo de riesgos y un curso de capacitación en línea obligatorio sobre la seguridad del personal. La OPS, como todas las regiones de la OMS, había tenido que presentar una propuesta de Programa de Liderazgo Mundial de la OMS, y el programa propuesto por la OPS había sido tomado como modelo para todas las regiones. Los fondos que la OPS había recibido en respuesta a sus propuestas se habían usado para mejorar la gestión orientada a la consecución de resultados, reforzar la capacidad de liderazgo y gestión, fortalecer las aptitudes para la gestión de conocimientos y aplicar las estrategias de puntos focales para enfermedades no transmisibles.

224. Además, toda la Organización estaba llevando a cabo la Evaluación Estratégica y Alineación de los Recursos (SARA), en cuyo marco cada oficina tenía en primer lugar que evaluar sus mandatos en cuanto a la dirección estratégica general de la Organización y en segundo lugar procurar que su personal poseyera la competencia necesaria para cumplir esos mandatos, elaborando planes de capacitación según fuese necesario. En otros ámbitos, se había simplificado el procedimiento para la presentación de reclamos del seguro médico del personal de las oficinas en los países y se habían introducido mejoras en la administración de los subsidios por traslado. También se había progresado en el equilibrio entre los sexos, en particular en las oficinas en los países, donde la proporción de mujeres que ocupaban cargos profesionales había aumentado de 33% a

35%, en tanto que las mujeres que eran representantes de la OPS/OMS habían aumentado de 39% a 52%.

225. Entre las tareas pendientes para el resto del año se encontraban la finalización y puesta en práctica de un plan de continuidad institucional de la Organización, la normalización de las descripciones de puestos y los títulos de los cargos, la definición de los cargos centrales que debían estar reservados para funcionarios de las Naciones Unidas y mejoras en la administración de los contratos situados fuera del marco de las Naciones Unidas en las oficinas en los países.

226. El Comité Ejecutivo tomó nota de la información suministrada.

Resoluciones y otras acciones de la 60.^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS (documento CE140/INF/2)

227. El doctor Hugo Prado Monje (Gerente interino del Área de Gobernanza, Políticas y Asociaciones, OPS) presentó al Comité el documento CE140/INF/2, señalando que tenía cuatro partes. La primera parte contenía información general acerca de la Asamblea Mundial de la Salud, el nombre y la afiliación de las autoridades de la Asamblea de la Salud provenientes de la Región, y un resumen del discurso de la Directora General. La segunda parte abarcaba una sesión especial de los jefes de delegación de la Región de las Américas y los temas tratados. La tercera parte contenía las resoluciones de la Asamblea de la Salud de mayor pertinencia para la OPS, y la cuarta parte contenía una lista de los miembros salientes y los miembros nuevos del Consejo Ejecutivo de la OMS.

228. El anexo A del documento era un cuadro que mostraba la relación entre las resoluciones de la Asamblea de la Salud y las resoluciones y los documentos de los Cuerpos Directivos de la OPS. El cuadro facilitaba una estrecha armonización del trabajo de la OPS con las políticas adoptadas en la Asamblea de la Salud y, por lo tanto, no era solo un documento informativo, sino que también servía de guía para mejorar el trabajo de la OPS. Además, la Oficina estaba trabajando en un cuadro similar de declaraciones y decisiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos que fuesen pertinentes para la OPS. En el futuro se podría hacer algo similar con las resoluciones de la Cumbre de las Américas. El objetivo sería ver la relación de los mandatos aprobados por los Cuerpos Directivos de la OPS con los más altos niveles decisorios de las Américas.

229. En el debate que siguió, la Presidenta dijo que era muy procedente conectar la política y el trabajo de la OPS con los de otros organismos. Otros delegados concordaron en que la información que mostrara la armonización del trabajo de la OPS con el de otros organismos permitiría a los Cuerpos Directivos de la OPS tomar decisiones mejor fundamentadas. Se sugirió agregar otra columna al cuadro comparativo para indicar las medidas que la OPS debería tomar como resultado de las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud. Una delegada preguntó si como parte de la formulación del Plan estratégico se habían examinado las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud.

230. Otro delegado, refiriéndose a la resolución WHA60.27, dijo que el fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria era algo que la Región realmente necesitaba, ya que no estaba seguro de que estuviera produciéndose información apropiada. Sugirió que se estableciera un grupo de trabajo de la OPS para investigar el tema. También expresó sorpresa por el hecho de que los recursos humanos para la salud, que habían sido un tema importante en la 59.^a Asamblea Mundial de la Salud, no parecían haber recibido atención en la 60.^a Asamblea.

231. El doctor Prado Monje confirmó que el tema de los sistemas de información sanitaria era una prioridad para la OPS. El asunto de los recursos humanos para la salud también figuraba en orden del día del Comité, pero no se mencionaba en el documento CE140/INF/2 porque no se había tratado en la 60.^a Asamblea Mundial de la Salud.

232. La Directora señaló que la Estrategia Regional para Fortalecer las Estadísticas Demográficas y Sanitarias sería una de las herramientas principales para mejorar los sistemas de información sanitaria. La OPS estaba trabajando con la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe, la OEA, el Banco Interamericano de Desarrollo y el UNICEF en la mejora de los sistemas para el registro de nacimientos, que era no solo un componente de la información sanitaria sino también esencial para el pleno goce de la ciudadanía, la identidad y la democracia. En cuanto a la armonización del trabajo de la OPS con el de otros organismos, dijo que quizá también podría extenderse a foros interministeriales tales como la RIMSA. Confirmó que, en la preparación del Plan estratégico, la Oficina de hecho había realizado un análisis de las decisiones, resoluciones y declaraciones de la Asamblea de la Salud, las Naciones Unidas y otros foros.

233. El Comité Ejecutivo agradeció a la Oficina la información suministrada y tomó nota del informe.

Actualización sobre el proceso para el nombramiento del Auditor Externo (CE140/INF/3)

234. El Señor Previsich (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) dijo que en marzo se había informado al Subcomité que no se habían

presentado candidatos para el puesto de Auditor Externo pero que el Gobierno del Reino Unido había indicado su intención de nombrar su Oficina Nacional de Auditorías para el puesto. Según se observaba en el documento CE140/INF/3, esa candidatura de hecho se había presentado y pasaría a la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en octubre.

235. El Comité Ejecutivo tomó nota de la información actualizada.

Otros asuntos

236. El Comité oyó informes sucintos sobre los siguientes temas.

Agenda de Salud para las Américas, 2008-2017

237. El señor Cirilo Lawson (Panamá), en representación del doctor Camilo Alleyne (Ministro de Salud de Panamá, Presidente del Grupo de Trabajo sobre la Agenda de Salud), informó que la Agenda de Salud para las Américas, 2008-2017, había sido lanzada en Panamá el 3 de junio del 2007 en ocasión del 37.^o período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la OEA. Además de la Directora de la OSP, el Secretario General de la OEA, el Secretario General de las Naciones Unidas, el Presidente y dos Vicepresidentes de Panamá y numerosos ministros de salud de la Región habían asistido a la ceremonia de lanzamiento. Después se presentó un video producido por el Gobierno de Panamá, en el cual se describía el proceso de elaboración de la Agenda de Salud para las Américas, 2008-2017, y sus características principales. El texto de la Agenda de Salud figura en http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Agenda_de_Salud.pdf.

Carta Social de las Américas

238. La Embajadora María del Luján Flores (Uruguay, Presidenta del Grupo de Trabajo Conjunto de la OEA sobre el proyecto de Carta Social de las Américas) puso al Comité al corriente de los últimos avances en la Organización de los Estados Americanos en lo que respecta a la Carta Social de las Américas, de conformidad con la resolución AG/RES.2056 (XXXIV-O/04) de la Asamblea General de la OEA, aprobada en el 2004, en la cual se daba instrucciones al Consejo Permanente de la OEA y al Comité Ejecutivo Permanente del Consejo Interamericano para el Desarrollo Integral (CEPCIDI) para que prepararan conjuntamente un proyecto de Carta Social de las Américas y un Plan de Acción. En la resolución se daban instrucciones asimismo para que la Carta Social y el Plan de Acción incluyeran los principios del desarrollo social y establecieran metas y objetivos específicos que reforzarían instrumentos actuales de la OEA relacionados con la democracia, el desarrollo integral y la lucha contra la pobreza.

239. Para llevar a cabo ese mandato, el Consejo Permanente y el CEPCIDI habían establecido un Grupo de Trabajo Conjunto, que había empezado a trabajar en la Carta Social y el Plan de Acción en septiembre del 2005. Hasta marzo del 2007, el Grupo había celebrado 20 reuniones con el propósito de llegar a un texto de consenso. La versión más reciente del proyecto de Carta Social comprendía un preámbulo y cinco capítulos. El primero trataba los temas de la justicia social, el desarrollo con equidad y la democracia; el segundo, el desarrollo económico; el tercero, el desarrollo social; el cuarto, el desarrollo cultural; y el quinto, la solidaridad y el esfuerzo colectivo en el hemisferio. El capítulo I había sido aprobado el 23 de abril del 2007 y el capítulo II estaba en discusión.

240. Se habían presentado varias propuestas en relación con la salud a fin de incluirlas en la Carta Social. Los temas abordados incluían la seguridad alimentaria y la erradicación de la desnutrición; la salud como derecho humano; los ambientes sanos y su relación con la salud humana; la prevención, la educación sanitaria y el acceso a la atención de salud de buena calidad; la salud sexual y reproductiva; la salud del niño; la infección por el VIH/sida; la tuberculosis y la malaria; y problemas nuevos tales como el síndrome respiratorio agudo grave (SARS) y la gripe aviar.

Factores sociales determinantes de la salud

241. El doctor Luis Augusto Galvão (Gerente del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, OPS) presentó un panorama del trabajo de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, empezando por un examen de la estructura de la Comisión y sus diversas redes de conocimientos. Las metas de la Comisión eran ayudar a los países a posicionar a la salud como meta compartida a cuya consecución contribuían diversas dependencias del gobierno y sectores de la sociedad; ayudar a crear un movimiento mundial sostenible para la acción en materia de equidad sanitaria y factores sociales determinantes que conectara a gobiernos, organizaciones internacionales, instituciones de investigación, la sociedad civil y comunidades; y apoyar el cambio de políticas en los países promoviendo modelos y prácticas que abordaran eficazmente los factores sociales determinantes de la salud. Para alcanzar sus metas, la Comisión se centraba en la acción a nivel de país, el trabajo con la sociedad civil, las iniciativas mundiales para promover un enfoque integrado de la salud y sus redes de conocimientos, que recopilaban información y datos probatorios en nueve áreas temáticas con objeto de facilitar la formulación de políticas y la acción.

242. La Comisión había celebrado ocho reuniones desde su reunión inaugural, realizada en Chile en septiembre del 2005. La reunión más reciente, celebrada en Vancouver en junio del 2007, se había centrado en la redacción del comunicado provisional de la Comisión, que se distribuiría para recabar comentarios en agosto del 2007. También se habían presentado varias exposiciones sobre temas de gran pertinencia para el trabajo de la Comisión, entre ellas una de la Directora de la OSP sobre

la atención primaria de salud, que sería un tema clave en el informe final de la Comisión, a publicarse en mayo del 2008. Había más información sobre el trabajo de la Comisión en su sitio web: http://www.who.int/social_determinants.

La salud pública, la innovación y la propiedad intelectual

243. El doctor Jorge Bermúdez (Jefe de la Unidad de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud, OPS) señaló que el tema del acceso a los medicamentos y los derechos de propiedad intelectual se había estado tratando en la OPS y la OMS desde mediados de los años noventa. Esos debates habían coincidido con la firma del Convenio sobre los Derechos de Propiedad Intelectual Relativos al Comercio y el establecimiento de la Organización Mundial del Comercio en 1994. Tanto la OMS como la OPS habían aprobado varias resoluciones sobre el tema. Las más recientes eran la resolución WHA59.24 (2006), sobre salud pública, innovación, investigaciones sanitarias esenciales y derechos de propiedad intelectual, y la resolución CD47.R7 (2006), sobre la salud pública, las investigaciones sanitarias, la producción de medicamentos esenciales y el acceso a los mismos.

244. En el 2003 se había creado la Comisión OMS de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública, que en 2006 publicó un informe con 60 recomendaciones para promover la innovación y un mayor acceso a los medicamentos y otros productos para combatir enfermedades que afectaban desproporcionadamente a los países en desarrollo. Mediante la resolución WHA59.24 se había establecido el Grupo de Trabajo Intergubernamental sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual, con el cometido de preparar un proyecto de estrategia y plan de acción mundiales basado en las recomendaciones de la Comisión.

245. El Grupo de Trabajo Intergubernamental había celebrado su primera reunión en diciembre del 2006 y había señalado ocho áreas prioritarias que debían abordarse en el plan de acción: priorización de las necesidades en materia de investigación y desarrollo; fomento de la investigación y el desarrollo; creación y mejora de la capacidad de innovación; mejora del suministro y el acceso; mecanismos de financiamiento sostenibles; establecimiento de sistemas de seguimiento e informes; transferencia de tecnología, y manejo de la propiedad intelectual. Se solicitaba el aporte de los Estados Miembros a la estrategia y el plan de acción. La OPS había celebrado una reunión regional de consulta sobre el tema en junio de 2007 y estaba considerando la posibilidad de organizar otra antes de la segunda y última reunión del Grupo de Trabajo en noviembre del 2007, ocasión en la cual se ultimarían la estrategia y el plan de acción. Los Estados Miembros podían encontrar información adicional y efectuar sus aportes en el sitio web del Grupo de Trabajo: <http://www.who.int/phi>.

Información actualizada sobre la negociación de un acuerdo de Sede

246. La señora Heidi Jiménez (Asesora Jurídica, OPS) informó que la Oficina de Asuntos Jurídicos de la OPS había tenido varias reuniones con personal de diversas oficinas del Departamento de Estado de los Estados Unidos. La Oficina estaba preparando una propuesta sobre temas concretos a fin de someterla a la consideración del Gobierno de los Estados Unidos para su posterior negociación. Aunque esas negociaciones siempre llevaban tiempo, estaba segura de que se podría obtener un resultado positivo en un período relativamente corto.

247. En la exposición sobre los temas antedichos, el Comité Ejecutivo recibió con beneplácito la Agenda de Salud para las Américas y agradeció al Gobierno de Panamá su liderazgo en la elaboración del documento. El Comité también recalcó la importancia de los factores sociales determinantes de la salud, así como la necesidad de vincular los esfuerzos para mejorar la salud al contexto económico, social y político más amplio y de incluir a otros sectores. Varios delegados recomendaron que se incluyera un punto relativo a los factores sociales determinantes de la salud en el orden del día de la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana.

248. La Directora opinó, sin embargo, que sería prematuro que el Comité Regional tratara el tema antes que la OMS diera a conocer el informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud y sugirió que, en cambio, se agregara un punto en el orden del día de las reuniones de los órganos deliberantes en el 2008. Al cabo de más deliberaciones, el Comité solicitó que la Oficina organizara una sesión de información informal sobre los factores sociales determinantes de la salud durante la semana de la Conferencia Sanitaria Panamericana. El Delegado de Chile señaló que durante la próxima Cumbre Iberoamericana, cuyo tema central sería la cohesión social, se examinaría la relación entre la salud y una serie de temas sociales. La Cumbre tendría lugar en Chile en noviembre del 2007.

249. Los delegados también sugirieron que en la Conferencia Sanitaria Panamericana se informara acerca del trabajo del Grupo de Trabajo Intergubernamental sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual y señalaron que el tema quizá debía ser tratado por los Cuerpos Directivos en el 2008. Los delegados de Bolivia y Brasil anunciaron que sus países patrocinarían reuniones regionales de consulta sobre el asunto.

Clausura de la sesión

250. Tras el intercambio habitual de fórmulas de cortesía, la Presidenta declaró clausurada la 140.^a sesión del Comité Ejecutivo.

Resoluciones y decisiones

251. A continuación figuran las resoluciones y decisiones aprobadas por el Comité Ejecutivo en su 140.^a sesión:

Resoluciones

CE140.R1 Premio OPS en Administración: Cambios en las normas y procedimientos

LA 140.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Teniendo presente las recomendaciones del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración, 2006, en relación con los cambios que mejorarían las normas y procedimientos para la adjudicación del citado premio, y

Habiendo examinado los cambios hechos por la Oficina como resultado de esa recomendación (anexo del documento CE140/6, Add. I),

RESUELVE:

Aprobar las normas y procedimientos revisados para la adjudicación del Premio OPS en Administración.

(Segunda reunión, 25 de junio de 2007)

CE140.R2 Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS

LA 140.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Teniendo presente que los *Principios que rigen las relaciones entre la Organización Panamericana de la Salud y las organizaciones no gubernamentales* estipulan que el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración examinará cada cuatro años la colaboración con cada ONG con la cual la OPS mantiene relaciones de trabajo oficiales y hará una recomendación al Comité Ejecutivo sobre la conveniencia de continuar esas relaciones, y

Habiendo estudiado el informe (documento CE140/7) con respecto al examen que el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración efectuó de la colaboración entre la OPS y la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (Confemel)

durante el período correspondiente, así como su recomendación sobre la conveniencia de continuar dichas relaciones,

RESUELVE:

1. Suspender las relaciones oficiales entre la OPS y la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (Confemel), con la posibilidad de restablecer las relaciones oficiales en el futuro.
2. Solicitar a la Directora que informe a la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe de la decisión adoptada por el Comité Ejecutivo.

(Tercera reunión, 26 de junio de 2007)

CE140.R3 Recaudación de las cuotas

LA 140.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora sobre la recaudación de las cuotas (documento CE140/21 y Add. I), que incluye un informe del estado del fondo fiduciario denominado Contribuciones Voluntarias para los Programas Prioritarios (vigilancia, prevención y atención de las enfermedades crónicas; salud mental y abuso de sustancias psicotrópicas; tabaco; reducción de los riesgos del embarazo; infección por el VIH/sida, y dirección);

Tomando nota de la información suministrada acerca de los Estados Miembros atrasados en el pago de las cuotas al punto de que pueden estar sujetos a la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud;

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 18 Estados Miembros que no han efectuado ningún pago de sus cuotas señaladas para 2007 y que las cantidades recaudadas correspondientes a las cuotas de 2007 representan solo 30% del total asignado para dicho año,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe de la Directora sobre la recaudación de las cuotas, que incluye un informe del estado del fondo fiduciario denominado Contribuciones Voluntarias para los Programas Prioritarios (vigilancia, prevención y atención de las enfermedades crónicas; salud mental y abuso de sustancias psicotrópicas; tabaco; reducción de los riesgos del embarazo; infección por el VIH/sida, y dirección).
2. Agradecer a los Estados Miembros que ya han efectuado pagos correspondientes a 2007 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 a la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana que las restricciones al derecho de voto contenidas en el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS se apliquen consistentemente a aquellos Estados Miembros que, para la fecha de apertura de la Conferencia, 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 a la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana sobre el estado de recaudación de las cuotas.

(Tercera reunión, 26 de junio de 2007)

CE140.R4 Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público

LA 140.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora sobre la propuesta de adoptar las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (documento CE140/19),

RESUELVE:

Recomendar a la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe la siguiente resolución:

LA 27.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe sobre la adopción de las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (IPSAS) (documento CSP27/17) propuesta por la Directora,

RESUELVE:

1. Respalda la adopción de las IPSAS por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).
2. Reconocer que la aplicación de las IPSAS contribuirá a acrecentar la transparencia en la gestión orientada a la consecución de resultados.
3. Tomar nota de que las Normas de Contabilidad del Sistema de las Naciones Unidas (UNSAS) se han modificado para permitir la introducción gradual de las IPSAS en cada agencia hasta que se apliquen plenamente en 2010.
4. Tomar nota también de que la Directora someterá a la consideración de los Cuerpos Directivos, en sesiones futuras, las propuestas para modificar el Reglamento Financiero y las Reglas Financieras como resultado de la adopción de las IPSAS.
5. Reconocer que la aplicación de las IPSAS requerirá recursos financieros, los cuales se incluirán en el presupuesto bienal por programas de la OPS a partir del ejercicio 2008-2009.

(Cuarta reunión, 26 de junio de 2007)

CE140.R5 Escala de cuotas

LA 140.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el documento presentado por la Directora sobre el proceso para implantar la nueva escala de cuotas de la Organización Panamericana de la Salud con base en la nueva escala de la Organización de los Estados Americanos y las opciones contenidas en él en cuanto a la escala que debería usarse para el presupuesto por programas para el ejercicio financiero 2008-2009 de la OPS (documento CE140/22);

Consciente de que la Asamblea General de la OEA, reunida en Panamá el 5 de junio de 2007, aplazó la decisión sobre la adopción de una escala nueva de cuotas hasta finales de 2007, para implantarla en su ciclo de presupuesto anual para 2009, y que

sus cuotas para el presupuesto de 2008 se basan en una escala provisional, y

Consciente de que la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana le ha presentado al Comité Ejecutivo el proyecto de presupuesto por programas 2008-2009 y una escala de cuotas para que este recomiende su adopción a la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana,

RESUELVE:

1. Solicitarle a la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana que aplique la actual escala de cuotas de la OPS en el proyecto de presupuesto por programas para el ejercicio financiero 2008-2009 para su transmisión y recomendación a la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana.
2. Reiterar que, una vez que la Organización de los Estados Americanos apruebe su escala de cuotas, la OPS aplicará dicha escala en los bienios siguientes.

(Sexta reunión, 27 de junio de 2007)

CE140.R6 Fondo Maestro de Inversiones de Capital

LA 140.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora sobre la propuesta de crear el Fondo Maestro de Inversiones de Capital (documento CE140/20),

RESUELVE:

Recomendar a la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución redactada en los siguientes términos:

LA 27.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe de la Directora sobre la propuesta de crear el Fondo Maestro de Inversiones de Capital (documento CSP27/18) y consciente de la necesidad de planificar adecuadamente y prever el financiamiento del mantenimiento y las reparaciones de los edificios de oficinas de la OPS y el reemplazo sistemático del equipo informático y de telecomunicaciones, el software y los sistemas para apoyar la infraestructura de tecnología de la información de la Organización,

RESUELVE:

1. Establecer el Fondo Maestro de Inversiones de Capital con dos fondos subsidiarios: el de Bienes Inmuebles y Equipo, y el de Tecnología de la Información, en sustitución del Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles y del Fondo de Bienes de Capital, a partir del 1 de enero del 2008.
2. Establecer un límite máximo de \$2,0 millones para el fondo subsidiario de Bienes Inmuebles y Equipo y de \$6,0 millones para el fondo subsidiario de Tecnología de la Información.
3. Financiar el Fondo Maestro de Inversiones de Capital de la siguiente manera:
 - a) Una capitalización inicial hasta el límite máximo autorizado de \$8,0 millones de los siguientes recursos:
 - Los saldos respectivos al 1 de enero del 2008 en el Fondo de la OPS para Bienes Inmuebles y el Fondo de Bienes de Capital;
 - El excedente de los ingresos sobre los gastos de los fondos ordinarios del presupuesto por programas al concluir el ejercicio financiero 2006-2007.
 - b) A partir del cierre del bienio 2008-2009, la reposición del Fondo Maestro de Inversiones de Capital procederá de:
 - Los ingresos anuales del alquiler de los locales y terrenos de la Organización, que se acreditarán al fondo subsidiario de Bienes Inmuebles y Equipo;
 - Hasta \$2,0 millones del excedente de los ingresos sobre los gastos de los fondos ordinarios del presupuesto por programas con notificación al Comité Ejecutivo;
 - La reposición que sobrepase los \$2,0 millones por bienio con aprobación del Comité Ejecutivo.
4. Adoptar los siguientes lineamientos para el Fondo Maestro de Inversiones de Capital:
 - a) Cada fondo subsidiario será distinto y separado, y no se harán transferencias entre ellos.

- b) El fondo subsidiario de Bienes Inmuebles y Equipo financiará las renovaciones y reparaciones de los proyectos que excedan de \$15.000 en los locales proporcionados por los Estados Miembros donde la OPS tenga la responsabilidad, según el convenio bilateral, de efectuar las reparaciones y renovaciones principales; en los espacios de oficina alquilados por la OPS; y en los espacios de oficina o edificios propiedad de la OPS.
- c) El fondo subsidiario de Tecnología de la Información proporcionará el financiamiento para la sustitución sistemática del cableado y los artículos relacionados con la infraestructura, el equipo de telecomunicaciones, el equipo informático y el software en los locales proporcionados por los Estados Miembros a la OPS, en el espacio comercial de oficinas alquilado por la OPS y en el espacio de oficina o los edificios propiedad de la OPS.
- d) La Oficina preparará las proyecciones de costos del Fondo Maestro de Inversiones de Capital para el próximo período de 10 años, teniendo en cuenta los ciclos de mantenimiento, reparación y sustitución adecuados.

(Sexta reunión, 27 de junio de 2007)

CE140.R7 Proyecto de plan estratégico 2008-2012

LA 140.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el proyecto de Plan estratégico 2008-2012, presentado por la Directora (*Documento oficial 328*);

Reconociendo la orientación proporcionada por el Presidente del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración (SPBA), y

Previendo que la Oficina tendrá en cuenta las observaciones del Comité Ejecutivo al preparar la versión final del Plan estratégico,

RESUELVE:

Recomendar a la 27.ª Conferencia Sanitaria Panamericana que adopte una resolución redactada en los siguientes términos:

LA 27.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado el proyecto de Plan estratégico 2008-2012, presentado por la Directora (*Documento oficial 328*);

Observando que el Plan estratégico proporciona un marco flexible para guiar la preparación y lograr la continuidad del presupuesto por programas y los planes de trabajo durante tres bienios y que, además, converge con la Agenda de Salud para las Américas así como con el Undécimo Programa General de Trabajo y el Plan estratégico a plazo medio, ambos de la Organización Mundial de la Salud;

Recibiendo con beneplácito el carácter transversal de los objetivos estratégicos, que crean sinergias y promueven la colaboración entre diferentes programas al captar los diversos vínculos que existen entre los factores determinantes de la salud y los resultados, las políticas, los sistemas y las tecnologías sanitarios;

Reconociendo que el Plan estratégico es la suma integral de los resultados que la Oficina Sanitaria Panamericana se propone lograr durante el período señalado y que la notificación futura del desempeño sobre la ejecución de dicho plan constituirá el principal medio de rendición de cuentas del aspecto programático a los Estados Miembros;

Aplaudiendo los adelantos en cuanto a la transparencia y la planificación orientada a la consecución de resultados que representa el Plan estratégico, y

Reconociendo la necesidad de que la Oficina encauce sus esfuerzos y recursos hacia prioridades de salud regionales colectivas con el fin de ayudar a conseguir que todos los pueblos de la Región gocen de salud óptima,

RESUELVE:

1. Aprobar el Plan estratégico 2008-2012 (*Documento oficial 328*);
2. Exhortar a los Estados Miembros a que determinen su función y las medidas que deben tomar para alcanzar los objetivos estratégicos presentados en el Plan estratégico;
3. Invitar a las organizaciones pertinentes del sistema de las Naciones Unidas y del Sistema Interamericano, los socios del campo del desarrollo internacional, las instituciones financieras internacionales, las organizaciones no gubernamentales y las entidades del sector privado y otras entidades a que consideren su contribución para apoyar los objetivos estratégicos del Plan estratégico;
4. Examinar el Plan estratégico 2008-2012 cada dos años, conjuntamente con el proyecto de presupuesto bienal por programas, con miras a modificar el Plan estratégico, incluidos sus indicadores y metas, según sea necesario.
5. Solicitar a la Directora que:
 - a) Realice evaluaciones bianuales del desempeño para informar sobre la puesta en

- práctica del Plan estratégico;
- b) Utilice el Plan estratégico para impartir la dirección estratégica a la Organización durante el período 2008-2012, con el fin de impulsar la Agenda de Salud para las Américas y el programa de acción sanitaria mundial contenido en el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS;
 - c) En los proyectos de presupuesto bienal por programas de los bienios 2010-2011 y 2012-2013, recomiende al Consejo Directivo, por conducto del Comité Ejecutivo, la realización de las modificaciones que sean necesarias en el Plan estratégico.

(Sexta reunión, 27 de junio de 2007)

CE140.R8 Proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud 2008-2009

LA 140.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2008-2009 (*Documento oficial 327*);

Habiendo considerado el informe del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración (documento SPBA1/6);

Observando los aumentos considerables de los costos obligatorios relativos a los puestos de plazo fijo para el ejercicio financiero 2008-2009, a pesar de la reducción continua y cautelosa de los puestos de plazo fijo;

Habiendo examinado el documento CE140/28, *Repercusiones de un presupuesto ordinario con un crecimiento nominal cero*, en el cual la Oficina describe las medidas adoptadas para la asignación de prioridades programáticas; la identificación de las actividades del nivel regional que están en riesgo; y las eficiencias logradas;

Observando los esfuerzos de la Directora para proponer un presupuesto por programas que tenga en cuenta tanto las inquietudes económicas de los Estados Miembros como los mandatos de salud pública de la Organización, y

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

RESUELVE:

1. Agradecer al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración el examen preliminar a que sometió el proyecto de presupuesto por programas y su informe al respecto.
2. Expresar su reconocimiento a la Directora por la atención que prestó, al preparar el presupuesto por programas, a la asignación de prioridades programáticas y a la reducción de costos mediante el logro de eficiencias adicionales.
3. Solicitar a la Directora que incorpore las observaciones formuladas por los Miembros del Comité Ejecutivo en la revisión del *Documento oficial 327*, que se someterá a la consideración de la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana.
4. Recomendar a la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana que adopte una resolución redactada en los siguientes términos:

LA 27.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2008-2009 (*Documento oficial 327*);

Habiendo considerado el informe del Comité Ejecutivo (documento CSP27/_);

Observando los aumentos considerables de los costos obligatorios relativos a los puestos de plazo fijo para el ejercicio financiero 2008-2009, a pesar de la reducción continua y cautelosa de los puestos de plazo fijo;

Observando los esfuerzos de la Directora para proponer un presupuesto por programas que tenga en cuenta tanto las inquietudes económicas de los Estados Miembros como los mandatos de salud pública de la Organización, y

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

RESUELVE:

1. Aprobar el Programa de Trabajo para la Oficina tal como se describe en el proyecto de presupuesto por programas 2008-2009 (*Documento oficial 327*).
2. Asignar durante el ejercicio financiero 2008-2009 un monto de \$297.395.182, que

represente un aumento de las cuotas asignadas a los Estados Miembros, los Estados Participantes y Miembros Asociados de la OPS de 3,9% con respecto al ejercicio financiero 2006-2007, distribuido como sigue:

SECCIÓN	TÍTULO	MONTO
1	Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles.	22.700.000
2	Combatir la infección por el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria.	8.590.000
3	Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos.	13.000.000
4	Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la infancia y la adolescencia, y mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas.	12.490.000
5	Reducir las consecuencias sanitarias de las emergencias, desastres, crisis y conflictos y minimizar su impacto social y económico.	4.200.000
6	Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir los factores de riesgo relacionados con las afecciones asociadas al consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo.	6.000.000
7	Abordar los determinantes sociales y económicos subyacentes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad sanitaria e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos.	7.000.000
8	Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud.	13.000.000
9	Mejorar la nutrición, la salubridad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible.	10.000.000
10	Mejorar la organización, gestión y prestación de servicios de salud.	12.000.000
11	Fortalecer el liderazgo, la gobernanza y la base científica de los sistemas de salud.	18.400.000
12	Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias	6.400.000
13	Asegurar la existencia de un personal de salud disponible, competente, capaz de responder a las necesidades y productivo, con miras a mejorar los resultados sanitarios.	9.300.000

SECCIÓN	TÍTULO	MONTO
14	Extender la protección social mediante una financiación equitativa, suficiente y sostenible.	5.200.000
15	Proporcionar liderazgo, fortalecer la gobernanza y fomentar las alianzas y la colaboración con los países para cumplir el mandato de la OPS/OMS de hacer avanzar el programa de acción sanitaria mundial consignado en el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS y la Agenda de Salud para las Américas.	51.210.000
16	Desarrollar y mantener a la OPS/OMS como una organización flexible y discente, facilitándole los medios necesarios para cumplir su mandato de manera más eficiente y eficaz.	76.577.000
	<u>Presupuesto efectivo de trabajo para el ejercicio 2008-2009 (secciones 1 a 16)</u>	<u>132.987</u>
17	Contribuciones del personal (transferencia al Fondo de Igualación de Impuestos)	21.328.182
	<u>Total, todas las secciones</u>	<u>297.395.182</u>

3. Que la asignación se financie mediante:

a) Las cuotas correspondientes a:

Los Gobiernos Miembros, los Gobiernos Participantes y los Miembros Asociados, fijadas según la escala adoptada por la Organización de los Estados Americanos, de conformidad con el Artículo 60 del Código Sanitario Panamericano o con las resoluciones del Consejo Directivo y la Conferencia Sanitaria Panamericana201.394.182

b) Los ingresos varios14.500.000

c) La proporción para la Región de las Américas aprobada mediante la resolución WHA60.1281.501.000

TOTAL297.395.182

4. Que al establecerse las contribuciones de los Gobiernos Miembros, los Gobiernos Participantes y los Miembros Asociados, estas se reducirán en la cantidad que tengan abonada a su favor en el Fondo de Igualación de Impuestos; se exceptúan los fondos de aquellos que gravan con impuestos los sueldos que sus ciudadanos y residentes perciben de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), los cuales se reducirán en una cantidad

equivalente a los reembolsos tributarios realizados por la OSP.

5. Que, en conformidad con el Reglamento Financiero de la OPS, las cantidades que no excedan las asignaciones mencionadas en el párrafo 1 se liberarán para atender el pago de las obligaciones contraídas durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2008 y el 31 de diciembre de 2009, inclusive; no obstante lo dispuesto en el presente párrafo, las obligaciones que se contraigan durante el ejercicio financiero 2008-2009 se limitarán al presupuesto efectivo, es decir, a las secciones 1 a 16.

6. Que la Directora estará autorizada a transferir fondos entre las secciones del presupuesto efectivo, a condición de que el monto de las transferencias efectuadas con cargo a una sección no exceda del 10% de la dotación de esta; las transferencias de fondos entre secciones del presupuesto que excedan del 10% de la dotación de la sección desde la cual se transfieren podrán efectuarse con la aprobación del Comité Ejecutivo, con todas las transferencias de fondos del presupuesto notificadas al Consejo Directivo o a la Conferencia Sanitaria Panamericana.

7. Que hasta 5% del presupuesto asignado al nivel de país será apartado como los “fondos variables para los países”, según lo estipulado en la Política del Presupuesto Regional por Programas. El gasto efectuado a partir de los fondos variables para los países será autorizado por la Directora en conformidad con los criterios aprobados por el Subcomité de Planificación y Programación en su 39.^a sesión y presentados al Comité Ejecutivo en su 136.^a sesión (documento CE136/INF/1). Para los fines de la notificación, el gasto efectuado a partir de los fondos variables para los países se reflejará en las secciones de asignación, de la 1 a la 16, que corresponda.

8. Que el monto del gasto en el presupuesto por programas 2008-2009 que será financiado mediante las contribuciones voluntarias se calcule en \$347.000.000, como aparece en *el Documento oficial 327*.

(Sexta reunión, 27 de junio de 2007)

CE140.R9 Cuotas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud 2008-2009

LA 140.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2008-2009 (*Documento oficial 327*),

RESUELVE:

Recomendar a la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución redactada en los siguientes términos:

LA 27.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el proyecto de presupuesto por programas de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2008-2009 (*Documento oficial 327*), presentado por la Directora;

Habiendo aprobado el programa de trabajo y las asignaciones para el ejercicio financiero 2008-2009 al aprobar la resolución CSP27.R__;

Considerando que a los Estados Miembros que aparecen en la escala adoptada por la Organización de los Estados Americanos (OEA) se les asignan cuotas según los porcentajes mostrados en esa escala, ajustada a su condición de Miembros de la OPS, en cumplimiento del Artículo 60 del Código Sanitario Panamericano, y

Considerando que se hicieron ajustes para tener en cuenta las cuotas de Cuba, los Estados Participantes y el Miembro Asociado,

RESUELVE:

Establecer las cuotas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2008-2009 en conformidad con la escala de cuotas mostrada a continuación y en los montos correspondientes, que representan un aumento de 3.9% con respecto al ejercicio financiero 2006-2007.

Membresía	Escala ajustada a los Miembros de la OPS		Cuota bruta		Crédito del Fondo de Igualación de Impuestos		Ajuste por los impuestos con que algunos Estados Miembros gravan los sueldos		Cuota neta	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Estados Miembros										
Antigua y Barbuda	0.020	0.020	20,140	20,140	2,133	2,133			18,007	18,007
Argentina	4.898	4.898	4,932,144	4,932,144	522,328	522,328			4,409,816	4,409,816
Bahamas	0.070	0.070	70,488	70,488	7,465	7,465			63,023	63,023
Barbados	0.080	0.080	80,557	80,557	8,531	8,531			72,026	72,026
Belize	0.030	0.030	30,209	30,209	3,199	3,199			27,010	27,010
Bolivia	0.070	0.070	70,488	70,488	7,465	7,465			63,023	63,023
Brasil	8.546	8.546	8,605,573	8,605,573	911,353	911,353			7,694,220	7,694,220
Canadá	12.355	12.355	12,441,126	12,441,126	1,317,549	1,317,549	25,000	25,000	11,148,577	11,148,577
Chile	0.540	0.540	543,764	543,764	57,586	57,586			486,178	486,178
Colombia	0.940	0.940	946,552	946,552	100,242	100,242			846,310	846,310
Costa Rica	0.130	0.130	130,906	130,906	13,863	13,863			117,043	117,043
Cuba	0.730	0.730	735,089	735,089	77,848	77,848			657,241	657,241
Dominica	0.020	0.020	20,140	20,140	2,133	2,133			18,007	18,007
Ecuador	0.180	0.180	181,254	181,254	19,195	19,195			162,059	162,059
El Salvador	0.070	0.070	70,488	70,488	7,465	7,465			63,023	63,023
Estados Unidos de América	59.445	59.445	59,859,388	59,859,388	6,339,270	6,339,270	5,600,000	5,600,000	59,120,118	59,120,118

Membresía	Escala ajustada a los Miembros de la OPS		Cuota bruta		Crédito del Fondo de Igualación de Impuestos		Ajuste por los impuestos con que algunos Estados Miembros gravan los sueldos		Cuota neta	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Estados Miembros										
Granada	0.030	0.030	30,209	30,209	3,199	3,199			27,010	27,010
Guatemala	0.130	0.130	130,906	130,906	13,863	13,863			117,043	117,043
Guyana	0.020	0.020	20,140	20,140	2,133	2,133			18,007	18,007
Haití	0.070	0.070	70,488	70,488	7,465	7,465			63,023	63,023
Honduras	0.070	0.070	70,488	70,488	7,465	7,465			63,023	63,023
Jamaica	0.180	0.180	181,254	181,254	19,195	19,195			162,059	162,059
México	6.077	6.077	6,119,362	6,119,362	648,057	648,057			5,471,305	5,471,305
Nicaragua	0.070	0.070	70,488	70,488	7,465	7,465			63,023	63,023
Panamá	0.130	0.130	130,906	130,906	13,863	13,863			117,043	117,043
Paraguay	0.180	0.180	181,254	181,254	19,195	19,195			162,059	162,059
Perú	0.410	0.410	412,858	412,858	43,723	43,723			369,135	369,135
República Dominicana	0.180	0.180	181,254	181,254	19,195	19,195			162,059	162,059
Saint Kitts y Nevis	0.020	0.020	20,140	20,140	2,133	2,133			18,007	18,007
Saint Lucía	0.030	0.030	30,209	30,209	3,199	3,199			27,010	27,010
Saint Vicente y las Granadinas	0.020	0.020	20,140	20,140	2,133	2,133			18,007	18,007
Suriname	0.070	0.070	70,488	70,488	7,465	7,465			63,023	63,023
Trinidad y Tabago	0.180	0.180	181,254	181,254	19,195	19,195			162,059	162,059
Uruguay	0.260	0.260	261,813	261,813	27,727	27,727			234,086	234,086
Venezuela	<u>3.199</u>	<u>3.199</u>	<u>3,221,300</u>	<u>3,221,300</u>	<u>341,144</u>	<u>341,144</u>	<u>1,500</u>	<u>1,500</u>	<u>2,881,656</u>	<u>2,881,656</u>
Total parcial	<u>99.450</u>	<u>99.450</u>	<u>100,143,257</u>	<u>100,143,257</u>	<u>10,605,439</u>	<u>10,605,439</u>	<u>5,626,500</u>	<u>5,626,500</u>	<u>95,164,318</u>	<u>95,164,318</u>

Membresía	Escala ajustada a los Miembros de la OPS		Cuota bruta		Crédito del Fondo de Igualación de Impuestos		Ajuste por los impuestos con que algunos Estados Miembros gravan los sueldos		Cuota neta	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Estados Participantes:										
Francia	0.289	0.289	291.014	291.014	30.819	30.819			260.195	260.195
Reino de los Países Bajos	0.090	0.090	90.628	90.628	9.598	9.598			81.030	81.030
Reino Unido	<u>0.060</u>	<u>0.060</u>	<u>60.418</u>	<u>60.418</u>	<u>6.398</u>	<u>6.398</u>			<u>54.020</u>	<u>54.020</u>
Total parcial	<u>0.439</u>	<u>0.439</u>	<u>442.060</u>	<u>442.060</u>	<u>46.815</u>	<u>46.815</u>			<u>395.245</u>	<u>395.245</u>
Miembro Asociado:										
Puerto Rico	<u>0.111</u>	<u>0.111</u>	<u>111.774</u>	<u>111.774</u>	<u>11.837</u>	<u>11.837</u>			<u>99.937</u>	<u>99.937</u>
Total parcial	<u>0.111</u>	<u>0.111</u>	<u>111.774</u>	<u>111.774</u>	<u>11.837</u>	<u>11.837</u>			<u>99.937</u>	<u>99.937</u>
TOTAL	<u>100.000</u>	<u>100.000</u>	<u>100.697.091</u>	<u>100.697.091</u>	<u>10.664.091</u>	<u>10.664.091</u>	<u>5.626.500</u>	<u>5.626.500</u>	<u>95.659.500</u>	<u>95.659.500</u>

(5) Esta columna incluye las cantidades calculadas que serán recibidas por los Estados Miembros respectivos en el ejercicio 2008-2009 con respecto a los impuestos con los que han gravado los sueldos recibidos por los funcionarios de la OPS, ajustados según la diferencia entre la cantidad calculada y la cantidad efectiva de años anteriores.

(Sexta reunión, 27 de junio de 2007)

CE140.R10 Eliminación de la rubéola y síndrome de rubéola congénita en las Américas

LA 140.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado y examinado el informe de progreso sobre la eliminación de la rubéola y síndrome de rubéola congénita (SRC) en las Américas presentado por la Directora (documento CE140/8);

Tomando nota con gran satisfacción de los tremendos progresos con miras a conseguir la interrupción de la transmisión endémica del virus de la rubéola, reduciéndose en un 98% los casos de rubéola en la Región, siendo éste el número más bajo logrado en las Américas, y

Reconociendo que se requerirán esfuerzos importantes para afianzar y alcanzar este logro para el 2010, con un compromiso aún mayor de todos los gobiernos y organismos que están colaborando con la iniciativa, así como la ampliación de las alianzas entre los sectores público y privado,

RESUELVE:

Recomendar a la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana la adopción de una resolución en las siguientes líneas:

LA 27.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado y examinado el informe de progreso sobre la eliminación de la rubéola y síndrome de rubéola congénita (SRC) en las Américas presentado por la Directora (documento CSP27/7);

Tomando nota con gran satisfacción de los tremendos progresos con miras a conseguir la interrupción de la transmisión endémica del virus de la rubéola, reduciéndose en un 98% los casos de rubéola en la Región, siendo éste el número más bajo logrado en las Américas, y

Reconociendo que se requerirán esfuerzos importantes para afianzar y alcanzar este logro para el 2010, con un compromiso aún mayor de todos los gobiernos y organismos que están colaborando con la iniciativa, así como la ampliación de las alianzas entre los sectores público y privado,

RESUELVE:

1. Felicitar a todos los Estados Miembros y a sus trabajadores de salud por el progreso logrado hasta la fecha, lo que demuestra su alto nivel de compromiso con la salud de la población de este hemisferio.
2. Expresar el agradecimiento y solicitar el continuo apoyo de los diversos organismos los cuales, junto con la OPS, han brindado un apoyo decisivo a los programas de inmunización y a los esfuerzos nacionales para la eliminación de la rubéola y SRC, incluyendo los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización, el Banco Interamericano de Desarrollo, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, la Agencia de Cooperación Internacional del Japón, la Fundación *March of Dimes*, el Instituto de Vacunas Sabin, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, la Agencia de los Estados Unidos para el

Desarrollo Internacional, y la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días.

3. Instar a todos los Estados Miembros a que:
 - a) Eliminen la rubéola y SRC de la Región de la Américas, culminando con la implementación de las estrategias de vacunación, intensificando la vigilancia epidemiológica integrada del sarampión y la rubéola y fortaleciendo la vigilancia del SRC;
 - b) Establezcan comisiones nacionales para recopilar y analizar los datos para la documentación y verificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC que habrán de ser revisados por un comité de expertos.
4. Solicitar a la Directora que:
 - a) Continúe sus esfuerzos para movilizar los recursos adicionales necesarios para culminar los desafíos descritos en el informe de progreso;
 - b) Conforme un Comité de Expertos que tendrá a su cargo la documentación y verificación de la interrupción de la transmisión endémica del virus del sarampión y el virus de la rubéola.

(Séptima reunión, 28 de junio de 2007)

CE140.R11 Malaria en las Américas

LA 140.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe sobre los progresos realizados con respecto a la malaria en las Américas presentado por la Directora (documento CE140/10),

RESUELVE:

Recomendar a la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana la adopción de una resolución en las siguientes líneas:

LA 27.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe sobre los progresos realizados con respecto a la malaria en las Américas presentado por la Directora (documento CSP27/9), en el que se examinan los adelantos logrados con relación a la Iniciativa "Hacer retroceder el paludismo" (2001-2010) y al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

relacionados con la malaria para 2015, los cuales proponen que los Estados Miembros redoblen los esfuerzos para combatir la malaria mediante el fortalecimiento de la capacidad nacional para preservar los logros y reducir aún más la carga de la enfermedad;

Teniendo en cuenta que el 46.º Consejo Directivo (2005) instó a los Estados Miembros, entre otras cosas, a que establezcan políticas y planes operativos nacionales para lograr el acceso a las intervenciones de prevención y control de las personas en riesgo o afectadas por la malaria, con miras a lograr una reducción de la carga de la malaria de al menos 50% para 2010 y reducirla en 75% para 2015; a que asignen recursos nacionales, movilicen recursos adicionales y los utilicen eficazmente en la ejecución de las intervenciones apropiadas de prevención y control; y a que designen un día de lucha contra la malaria en las Américas cada año en una fecha determinada para reconocer los esfuerzos pasados y actuales para prevenir y controlar la malaria, promover la conciencia y vigilar el progreso;

Preocupado por que la malaria sigue siendo un problema de salud pública en varios territorios y por que el aumento de la migración dentro de los países y entre ellos aumenta la vulnerabilidad a los brotes epidémicos de malaria, tanto en los países donde la enfermedad es endémica como en aquellos donde no lo es;

Reconociendo el potencial que existe para movilizar apoyo financiero adicional del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo, entre otras fuentes, y

Consciente del informe sobre el tema presentado por la Secretaría de la OMS a la 60.ª Asamblea Mundial de la Salud y la resolución WHA60.18, en la que la Asamblea de la Salud resuelve "...que el 25 de abril, de cada año, o en la fecha o fechas que cada Estado Miembro determine, se celebre el Día del Paludismo....",

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) Reafirmen su compromiso de establecer y ejecutar las políticas y los planes operativos nacionales para que las personas aquejadas de malaria o en riesgo de contraerla tengan acceso a las intervenciones de prevención y control, con el fin de lograr una reducción de la carga de la malaria de al menos 50% para 2010 y de 75% para 2015;
 - b) Actualicen los sistemas sanitarios de vigilancia, seguimiento y evaluación para evaluar el progreso en la reducción de la carga de la malaria y para prevenir el reestablecimiento de la transmisión en los sitios donde se ha logrado la

- interrupción, en concordancia con lo dispuesto por el nuevo Reglamento Sanitario Internacional;
- c) Asignen recursos nacionales y movilicen recursos adicionales y los utilicen eficazmente en la ejecución de intervenciones apropiadas de prevención y control de la malaria;
 - d) Fomenten las recomendaciones e intervenciones de base científica y las transformen en políticas que se ejecuten, según convenga, a las características específicas de cada país;
 - e) Evalúen las necesidades de personal, capacitación y otras reformas de la gestión de los recursos humanos para complementar los cambios e integrar, institucionalizar y mantener los esfuerzos de prevención y control de la malaria dentro del sistema de salud;
 - f) Se involucren en un plan de acción multisectorial y variado sobre desarrollo de la infraestructura urbana para abordar diversas consecuencias para la salud de las enfermedades transmitidas por vectores, incluyendo la malaria;
 - g) Estimulen la comunicación, la coordinación y la colaboración entre las actividades de control de la malaria y otras áreas e instituciones de salud pública, así como la promoción de la causa entre todos los interesados directos y los públicos destinatarios;
 - h) Establezcan el 6 de noviembre como la fecha para conmemorar anualmente el Día del Paludismo en las Américas.
2. Solicitar a la Directora que:
- a) Continúe prestando cooperación técnica y coordine las iniciativas para reducir la carga de la malaria en los países donde ésta es endémica y para prevenir que la transmisión se reintroduzca en los lugares donde se ha interrumpido;
 - b) Cree y sostenga mecanismos para vigilar anualmente el progreso de los programas de prevención y control, así como para promover el intercambio de información y de capacidad técnica entre los países;
 - c) Ayude a los Estados Miembros, según sea necesario, a poner en práctica mecanismos eficaces y eficientes para la movilización y la utilización de recursos, incluidas las actividades para tener acceso a los recursos del Fondo Mundial y realizar satisfactoriamente los proyectos financiados con esos recursos;

- d) Promueva y ayude a los Estados Miembros a conmemorar el Día del Paludismo en las Américas.

(Séptima reunión, 28 de junio de 2007)

CE140.R12 Premio OPS en Administración 2007

LA 140.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración 2007 (documento CE140/6, Add. II), y

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

RESUELVE:

1. Tomar nota de la decisión del Jurado de que se adjudique el Premio OPS en Administración 2007 al Dr. Armando Mariano Reale, de la Argentina, por su contribución a la modernización de los sistemas de salud y seguridad social, propiciando la integración entre los sectores público y privado, la construcción de redes de prestadores en los distintos niveles de atención y la incorporación de nuevos modelos de financiamiento para el sector público y de la seguridad social.
2. Transmitir el informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración 2007 (documento CE140/6, Add. II), junto con las normas y procedimientos revisados, a la 27.ª Conferencia Sanitaria Panamericana.

(Octava reunión, 28 de junio de 2007)

CE140.R13 Plan regional de acción de recursos humanos para la salud, 2007-2015

LA 140.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo analizado el Plan Regional de Acción de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015 (documento CE140/11);

Teniendo en cuenta la urgencia de desplegar un esfuerzo colectivo para abordar la crisis prevaleciente de los recursos humanos para la salud en la Región de las Américas y a nivel mundial;

Consciente de que se necesitan esfuerzos incesantes para lograr los resultados aconsejables en materia de recursos humanos para la salud en el ámbito de la planificación y las políticas sanitarias, y

Considerando que el alcanzar los objetivos sanitarios y de los sistemas de salud de carácter esencial, como el acceso universal a la asistencia sanitaria y los servicios de salud de buena calidad, depende en gran parte de contar con una fuerza laboral competente, bien distribuida y motivada,

RESUELVE:

Recomendar a la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana que adopte una resolución redactada en los siguientes términos:

LA 27.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo analizado el Plan Regional de Acción de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015 (documento CSP27/10);

Teniendo en cuenta la urgencia de desplegar un esfuerzo colectivo para abordar la crisis prevaleciente de los recursos humanos para la salud en la Región de las Américas y a nivel mundial;

Consciente de que se necesitan esfuerzos incesantes para lograr los resultados aconsejables en materia de recursos humanos para la salud en el ámbito de la planificación y las políticas sanitarias, y

Considerando que el alcanzar los objetivos sanitarios y de los sistemas de salud de carácter esencial, como el acceso universal a la asistencia sanitaria y los servicios de salud de buena calidad, depende en gran parte de contar con una fuerza laboral competente, bien distribuida y motivada,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) Considerar la elaboración de un plan nacional de acción de recursos humanos para la salud, con metas y objetivos específicos, un conjunto apropiado de

- indicadores y un sistema de seguimiento, con la finalidad principal de fortalecer las capacidades integradas de atención primaria de salud y de salud pública, así como de garantizar el acceso a poblaciones y comunidades subatendidas;
- b) Establezcan en el ministerio de salud una estructura específica que se encargue de la dirección estratégica de la planificación y las políticas relativas a los recursos humanos, de promover la convergencia adecuada con las políticas de los sistemas y servicios de salud, y de velar por la coordinación intersectorial;
 - c) Procuren que se forme una masa crítica de líderes con competencias especializadas en la gestión de la planificación y las políticas de recursos humanos a nivel central y en los niveles descentralizados;
 - d) Comprometan a lograr los objetivos propuestos en el Plan Regional de Acción de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015 e intensifiquen la cooperación técnica y financiera entre los países para apoyar el Plan.
2. Solicitar a la Directora que:
- a) Coopere con los Estados Miembros en la elaboración de sus planes nacionales de acción en materia de recursos humanos para la salud durante el período 2007-2015 y que promueva y facilite la cooperación técnica y financiera entre los países de la Región;
 - b) Apoye activamente la elaboración de planes de acción en materia de recursos humanos para la salud a nivel subregional, en coordinación con instituciones y organizaciones subregionales, para afrontar los desafíos relacionados con la dinámica de las poblaciones fronterizas, la movilidad de los profesionales de la salud y de las poblaciones, y otros temas de interés común;
 - c) Involucre a la Red Regional de Observatorios de los Recursos Humanos para la Salud en la preparación de indicadores y sistemas de seguimiento para vigilar los objetivos en materia de recursos humanos para la salud durante el período 2007-2015, y que genere, organice y facilite el acceso a los conocimientos pertinentes para las estrategias e intervenciones relacionadas con los recursos humanos;
 - d) Redoble los esfuerzos para establecer comunidades regionales de práctica y aprendizaje en materia de gestión y políticas de planificación de recursos humanos, dirigidas a integrar la atención primaria de salud y la salud pública.

(Octava reunión, 28 de junio de 2007)

CE140.R14 Modificaciones del Reglamento del Personal de la OSP

LA 140.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado las modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana presentadas por la Directora en el anexo del documento CE140/25;

Teniendo en cuenta las decisiones de la 60.^a Asamblea Mundial de la Salud con respecto a la remuneración de los Directores Regionales, los Subdirectores Generales y el Director General;

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

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

RESUELVE:

1. Establecer, con efecto a partir del año escolar que esté en curso el 1 de enero del 2007, los máximos gastos admisibles y el máximo subsidio de educación en los Estados Unidos en US\$ 34.598 y \$25.949, respectivamente; los máximos gastos admisibles y el máximo subsidio de educación para la zona del dólar fuera de los Estados Unidos en \$18.048 y \$13.536, respectivamente, e introducir modificaciones en los requisitos de admisibilidad.
2. Ratificar, 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 julio de 2007 en cuanto a la fecha de entrada en vigor de los párrafos del Reglamento y Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana concernientes a la licencia en el país de origen, la licencia especial, la licencia sin sueldo, la licencia para instrucción o servicio militar, la licencia por enfermedad (licencia para atender urgencias familiares), la licencia por adopción, viajes del cónyuge y de los hijos, el traslado, la fecha de entrada en vigor del cese, la expiración de los nombramientos, la licencia anual, la Junta de Apelación y el Tribunal Administrativo.
3. Ratificar, 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 del 2008 con el fin de implantar la reforma contractual en la Oficina Sanitaria Panamericana, a reserva de que la Asamblea General de las Naciones

Unidas apruebe primero los nuevos arreglos contractuales con los cuales concuerdan las modificaciones aquí propuestas, específicamente en relación con la determinación del sueldo, el sueldo básico neto al recibir una promoción a un grado más alto, el sueldo básico neto al producirse una reducción de grado, el pago del sueldo básico neto al personal temporal en las categorías profesional y superior, los pagos por familiares a cargo, el subsidio de educación, el subsidio de educación especial, el subsidio por movilidad y condiciones de trabajo difíciles, el subsidio por nuevo destino, el subsidio de servicio, las normas sobre nombramientos, la reincorporación mediante la recontractación, los traslados entre organizaciones, la terminación del período de prueba, el aumento de sueldo dentro del mismo grado, el aumento de sueldo dentro del mismo grado por servicio meritorio, el ascenso, el traslado, la reducción de grado, la licencia anual, la licencia en el país de origen, la licencia para instrucción o servicio militar, la licencia por enfermedad, la licencia de paternidad, viajes de los miembros del personal, viajes del cónyuge y de los hijos, viajes relacionados con el subsidio especial de educación, el transporte de muebles y enseres, el cese por motivos de salud, la expiración de los nombramientos, la supresión de puestos, la rescisión de nombramientos temporales, los servicios no satisfactorios o la falta de idoneidad para el servicio internacional, el personal de servicios de conferencias y otros servicios a corto plazo, los consultores y los oficiales profesionales nacionales.

4. Establecer, con efecto a partir del 1 de enero de 2007, el sueldo anual de la Directora Adjunta de la Oficina Sanitaria Panamericana en \$168.826 antes de deducir las contribuciones del personal, lo cual equivale a un sueldo neto modificado de \$122.737 (con familiares a cargo) o \$111.142 (sin familiares a cargo).

5. Establecer, con efecto a partir del 1 de enero de 2007, el sueldo anual de la Subdirectora de la Oficina Sanitaria Panamericana en \$167.288 antes de deducir las contribuciones del personal, lo cual equivale a un sueldo neto modificado de \$121.737 (con familiares a cargo) o \$110.142 (sin familiares a cargo);

6. Recomendar a la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana que ajuste el sueldo anual de la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana mediante la adopción de la siguiente resolución:

LA 27.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado la revisión de los sueldos básicos/mínimos para las categorías profesional y superior del personal, en vigor a partir del 1 de enero de 2007;

Teniendo en cuenta la decisión del Comité Ejecutivo, en su 140.^a sesión de ajustar los sueldos de la Directora Adjunta y de la Subdirectora de la Oficina Sanitaria Panamericana, y

Teniendo en cuenta la recomendación del Comité Ejecutivo con respecto al sueldo de la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana,

RESUELVE:

Establecer, con efecto a partir del 1 de enero de 2007, el sueldo anual de la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana en US\$ 185.874 antes de deducir las contribuciones del personal, lo cual equivale a un sueldo neto modificado de \$133.818 (con familiares a cargo) o \$120.429 (sin familiares a cargo).

(Novena reunión, 29 de junio de 2007)

CE140.R15 Hospitales seguros: Iniciativa regional sobre los establecimientos sanitarios capaces de resistir los efectos de los desastres

LA 140.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora acerca de la Iniciativa Regional sobre los Hospitales Seguros (documento CE140/13) y consciente del beneficio de mancomunar las fuerzas para reducir los riesgos de los desastres sanitarios,

RESUELVE:

Recomendar a la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana que adopte una resolución redactada en los siguientes términos:

LA 27.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe de la Directora acerca de la Iniciativa Regional sobre los Hospitales Seguros (documento CSP27/12) y consciente del beneficio de mancomunar las fuerzas para reducir los riesgos de los desastres sanitarios;

Considerando que el 45.^o Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (2004) aprobó la resolución CD45.R8, por la cual insta a los Estados Miembros a que adopten el lema “Hospitales seguros frente a los desastres” como una política nacional de reducción de riesgos y que 168 países adoptaron la misma meta en la Conferencia Mundial sobre la Reducción de Desastres como una de las acciones prioritarias que habrán de ejecutarse para 2015;

Consciente de que, según los datos proporcionados por los Estados Miembros de la OPS/OMS, 67% de sus establecimientos de salud están ubicados en zonas de riesgo de

desastres y de que en el último decenio casi 24 millones de personas en las Américas quedaron sin atención de salud durante meses, y a veces años, debido a los daños causados directamente a los establecimientos de salud por un desastre;

Teniendo en cuenta que el trastorno funcional es la principal causa de falta de servicio de los hospitales después de un desastre y que el acceso a los servicios de salud es una necesidad primordial cuando se busca salvar vidas, en particular durante las situaciones de emergencia, y es la principal responsabilidad del sector de la salud y forma parte de las funciones esenciales de salud pública;

Considerando que la Estrategia Internacional de Reducción de Desastres de las Naciones Unidas (EIRD) decidió organizar en 2008 y 2009 la campaña mundial de hospitales seguros, como ejemplo de una entidad compleja que requiere colaboración de todos los sectores, incluidas las instituciones financieras, con el fin de que los hospitales tengan capacidad de recuperación ante los desastres, y que la Organización Mundial de la Salud es la entidad técnica encargada de la campaña, y

Con el fin de reducir considerablemente el riesgo de desastres en la Región y teniendo en cuenta que la campaña de hospitales seguros contribuirá en gran medida a lograr la seguridad integral de los hospitales, incluida la seguridad de los pacientes y del personal sanitario,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) Procuren que una entidad específica en cada ministerio de salud asuma la responsabilidad de elaborar un programa de reducción de riesgos de los desastres;
 - b) Apoyen activamente la campaña mundial de hospitales seguros que la Estrategia Internacional de Reducción de Desastres de las Naciones Unidas decidió organizar para el período 2008-2009, mediante:
 - El establecimiento de alianzas con interesados directos dentro y fuera del sector de la salud, tales como organizaciones nacionales de manejo de desastres; planificación; instituciones financieras nacionales e internacionales; universidades; centros científicos y de investigación; autoridades locales; comunidades; y otros colaboradores clave;
 - El intercambio y la aplicación de las mejores prácticas para lograr progresos prácticos e importantes de la iniciativa sobre los hospitales seguros a nivel de país;

- La construcción de todos los hospitales nuevos con un grado de protección que les permita seguir funcionando en situaciones de desastre y la aplicación de medidas de mitigación apropiadas para reforzar los establecimientos de salud existentes;
 - c) Elaboren políticas nacionales sobre los hospitales seguros, adopten las normas y patrones nacionales e internacionales adecuados y vigilen la seguridad de la red de establecimientos de salud.
2. Solicitar a la Directora que:
- a) Elabore herramientas nuevas para evaluar las probabilidades de que los establecimientos de salud sigan funcionando durante y después de un desastre y ayude a los Estados Miembros a aplicarlas;
 - b) Apoye a los países para que documenten y compartan las mejores prácticas y puedan de este modo llevar adelante la iniciativa sobre los hospitales seguros;
 - c) Promueva y fortalezca la coordinación y cooperación con los organismos regionales y subregionales relacionados con el tema de desastres.

(Novena reunión, 29 de junio de 2007)

CE140.R16 Estrategia para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud de los países de las Américas

LA 140.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo analizado el documento presentado por la Directora, *Estrategia para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud de los países de las Américas* (documento CE140/15),

RESUELVE:

Recomendar a la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana la adopción de una resolución en las siguientes líneas:

LA 27.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo analizado el documento presentado por la Directora, *Estrategia para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud de los países de las Américas*, (documento CSP27/13);

Reconociendo la importancia de mejorar la cobertura y calidad de las estadísticas vitales y de salud para disponer de una evidencia más confiable y válida para el diseño, implementación y monitoreo de políticas de salud en los países y siguiendo las recomendaciones internacionales;

Motivado en la necesidad de contar con indicadores de mayor calidad a nivel subnacional, nacional y regional para monitorear compromisos internacionales como los establecidos por la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD, El Cairo, 1994), la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995), la declaración de los países sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000), la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia (Durban, 2001) y otros específicos referidos al enfoque de derechos humanos en el acceso a información y evidencia para la formulación de políticas;

Consciente de los esfuerzos realizados hasta el presente en el desarrollo de instrumentos de análisis de situación de los países en materia de estadísticas y el diagnóstico de la situación regional;

Reconociendo que el Secretariado requiere de un mecanismo permanente que contribuya al fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud de los países de la Región, tal como ha recomendado el Comité Regional Asesor de Estadísticas de Salud en 2003, y que dicho mecanismo armonice acciones dentro de los países y entre ellos, y coordine actividades al interior de la Organización y con otras agencias internacionales técnicas y de financiamiento, con vistas al uso eficiente de los recursos humanos, técnicos y financieros disponibles en la Región para el fortalecimiento de las estadísticas,
y

Considerando la importancia de una estrategia que oriente, de manera continua y permanente, el mejoramiento de la cobertura y calidad de las estadísticas vitales y de salud de los países de las Américas,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:

- a) Suscriban según corresponda la estrategia para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud de los países de las Américas, que conduzca al diseño de un plan de acción que promoverá datos e indicadores con mayor cobertura y calidad para el diseño y monitoreo de políticas de salud;
 - b) Promuevan la participación y coordinación de las oficinas nacionales y sectoriales de estadística, los registros civiles, y otros actores usuarios públicos y privados en el análisis del estado de las estadísticas vitales y de salud a nivel nacional y subnacional y el diseño de sus planes de acción;
 - c) Coordinen con otros países de la Región la implementación de las actividades de sus planes de acción y la disseminación y uso de herramientas que favorezcan el fortalecimiento de los procesos de producción de estadísticas vitales y de salud.
2. Solicitar a la Directora que:
- a) Trabaje con los Estados Miembros en la implementación de la estrategia según el contexto nacional y las prioridades de cada uno, y en el diseño, implementación y monitoreo del plan de acción, y promueva la disseminación y uso de los productos que de él se deriven en los niveles subnacionales, nacionales y regionales de producción de información en salud;
 - b) Promueva la canalización de las necesidades corporativas en materia de acceso a información válida y confiable para el desarrollo de los diferentes planes y programas de la Organización a través de la estrategia que avance hacia la formulación del plan de acción;
 - c) Favorezca la coordinación del plan de acción con iniciativas de la misma naturaleza desarrolladas por otras agencias internacionales técnicas y de financiamiento en materia de fortalecimiento de las estadísticas en los países;
 - d) Identifique las necesidades de recursos humanos, tecnológicos y financieros para garantizar el diseño y funcionamiento del plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud de los países de las Américas;
 - e) Informe periódicamente a los Cuerpos Directivos, por conducto del Comité Ejecutivo, sobre los progresos y las restricciones evaluados durante la implementación del plan de acción.

(Novena reunión, 29 de junio de 2007)

CE140.R17 Prevención y control del dengue en las Américas

LA 140.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo analizado el documento presentado por la Directora, *Prevención y control del dengue en las Américas: enfoque integrado y experiencia adquirida* (documento CE140/17);

Considerando los esfuerzos de los países de la Región para la prevención y control del dengue en seguimiento a las resoluciones CD43.R4 y CD44.R9 del Consejo Directivo de la OPS para la elaboración e implementación de la Estrategia de Gestión Integrada (EGI-dengue), la cual presenta un modelo de trabajo para reducir la morbilidad y la mortalidad generada por los brotes y epidemias de dengue;

Reconociendo que los recientes brotes de dengue y la complejidad de la situación epidemiológica alertan sobre los macrofactores condicionantes de la transmisión tales como los cambios climáticos, las migraciones y la urbanización no controlada ni planificada, con el consecuente aumento en el número de criaderos del mosquito *Aedes aegypti*, principal vector transmisor del virus de dengue, y

Teniendo en cuenta que los alentadores avances y esfuerzos de los países para combatir el dengue en la Región son aún insuficientes y que el propio proceso de implementación de la EGI-dengue ha permitido identificar debilidades y amenazas que exigen continuar analizando el tema de dengue en toda su dimensión, magnitud y complejidad,

RESUELVE:

Recomendar a la 27.ª Conferencia Sanitaria Panamericana la adopción de una resolución en las siguientes líneas:

LA 27ª. CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo analizado el documento presentado por la Directora, *Prevención y control del dengue en las Américas: enfoque integrado y experiencia adquirida* (documento CSP27/15);

Considerando los esfuerzos de los países de la Región para la prevención y control del dengue y en seguimiento a las resoluciones CD43.R4 y CD44.R9 del Consejo Directivo de la OPS para la elaboración e implementación de la Estrategia de Gestión Integrada (EGI-dengue), la cual presenta un modelo de trabajo para reducir la morbilidad y la mortalidad generada por los brotes y epidemias de dengue;

Reconociendo que los recientes brotes de dengue y la complejidad de la situación epidemiológica alertan sobre los macrofactores condicionantes de la transmisión tales como la pobreza, los cambios climáticos, las migraciones, la urbanización no controlada ni planificada, y con el consecuente aumento en el número de criaderos del mosquito *Aedes aegypti*, principal vector transmisor del virus de dengue, y

Teniendo en cuenta que los alentadores avances y esfuerzos de los países para combatir el dengue en la Región son aun insuficientes y que el propio proceso de implementación de la EGI-dengue ha permitido identificar debilidades y amenazas que exigen continuar analizando el tema de dengue en toda su dimensión, magnitud y complejidad,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) Trabajen para enfrentar las debilidades y amenazas identificadas por cada país en el proceso de elaboración de la EGI-dengue a fin de alcanzar los resultados esperados con la implementación de las estrategias nacionales;
 - b) Identifiquen y movilicen recursos financieros para impulsar la implementación de las estrategias nacionales;
 - c) Fortalezcan de manera prioritaria la red asistencial para atención oportuna y adecuada a pacientes con cuadros graves de dengue hemorrágico y síndrome de shock por dengue, a fin de evitar las muertes por dengue;
 - d) Promuevan políticas públicas intersectoriales para controlar los macrofactores determinantes de la transmisión del dengue, prestando especial atención al fortalecimiento de la planificación urbana, reducción de la pobreza, y un inadecuado ordenamiento ambiental (agua, basura), para prevenir de manera sostenible el dengue y otras enfermedades transmitidas por vectores;
 - e) Procuren el monitoreo y evaluación sistemático de la implementación de las EGI-dengue nacionales que permita dar continuidad a las acciones e incorporar nuevas herramientas de control;
 - f) Evalúen la evidencia sobre la magnitud del problema representado por los neumáticos en desuso y los depósitos de plásticos inservibles que podrían ser un problema creciente como criaderos potenciales del mosquito vector del dengue y fomenten alianzas entre los gobiernos y la industria privada para la búsqueda de soluciones;

- g) Destinen más recursos financieros específicos según corresponda para fortalecer las capacidades técnicas y los procesos de formación de recursos humanos en áreas desatendidas como la entomología y la comunicación social para el desarrollo;
 - h) Impulsen la investigación científica sobre nuevas herramientas técnicas y la evaluación permanente de las existentes para lograr el mayor impacto en la prevención y control del dengue;
 - i) Aprovechen la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) para la detección oportuna de casos.
2. Solicitar a la Directora que:
- a) Fortalezca la cooperación técnica entre los Estados Miembros para detener la tendencia ascendente del dengue en la Región y reducir la carga social, económica y política que el dengue impone;
 - b) Apoye las alianzas estratégicas intersectoriales y la convocatoria a socios financieros internacionales en apoyo a la implementación y evaluación de la Estrategia de Gestión Integrada para la prevención y control del dengue en todos los países y subregiones de las Américas, buscando reducir la transmisión;
 - c) Promueva la preparación de un plan regional para la respuesta oportuna a los brotes y epidemias de dengue que han venido incrementándose en estos años en los países de las Américas.

(Novena reunión, 29 de junio de 2007)

CE140.R18 Política y estrategia regionales para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente

LA 140.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo analizado el documento presentado por la Directora, *Política y estrategia regionales para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente* (documento CE140/18),

RESUELVE:

Recomendar a la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución en las siguientes líneas:

LA 27.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo analizado el documento presentado por la Directora, *Política y estrategia regionales para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente* (documento CSP27/16);

Considerando que es importante tomar acciones inmediatas tanto a nivel nacional como regional para que los sistemas de salud presten atención efectiva, segura, eficiente, accesible, apropiada y satisfactoria para los usuarios;

Reconociendo que se requieren políticas en el sector salud que afecten al continuo de la atención sanitaria, incorporen la participación ciudadana, y promuevan una cultura de calidad y seguridad en las instituciones sanitarias;

Recordando la definición de la garantía de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva como Función Esencial de Salud Pública (documento CD42/15, del 42.º Consejo Directivo de la OPS, 2002), y reconociendo con preocupación su bajo nivel de desempeño en la Región;

Considerando la Resolución WHA55.18 de la Asamblea Mundial de la Salud en 2002, “Calidad de la atención: seguridad del paciente”, por la que se urge a los Estados Miembros a prestar la mayor atención al problema de la seguridad del paciente y a establecer y fortalecer los sistemas científicos necesarios para mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención;

Considerando la Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria de Salud (Declaración de Montevideo), respaldada por el 46.º Consejo Directivo de la OPS (2005), que establece que los sistemas de salud deben orientarse hacia la seguridad del paciente y la calidad de la atención, y

Reconociendo con satisfacción las iniciativas y liderazgo desarrollados por algunos de los Estados Miembros de la Región en el área de seguridad del paciente y calidad de la atención,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:

- a) Prioricen la seguridad del paciente y la calidad de la atención en las políticas y programas sectoriales en salud, incluyendo la promoción de una cultura organizacional e individual en pro de la seguridad del paciente y la calidad de la atención;
 - b) Asignen los recursos necesarios para el desarrollo a nivel nacional de políticas y programas en pro de la seguridad del paciente y la calidad de la atención;
 - c) Incorporen la participación del paciente en los procesos de mejora de la calidad de la atención sanitaria;
 - d) Evalúen la situación de la seguridad del paciente y la calidad de la atención en el país, con el objetivo de la identificar áreas prioritarias y estrategias de intervención;
 - e) Diseñen e implementen intervenciones dirigidas a la mejora de la seguridad del paciente y la calidad de la atención;
 - f) Colaboren con el Secretariado de la OPS en la elaboración de una estrategia regional de base científica que incluya resultados cuantificable para el mejoramiento de la seguridad del paciente y la calidad de la atención.
2. Solicitar a la Directora que:
- a) Abogue con los Estados Miembros y en los foros subregionales, regionales y globales sobre la importancia del mejoramiento de la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria;
 - b) Genere y haga disponible información y evidencia que permita evaluar científicamente la magnitud y evolución del desempeño en calidad de la asistencia, así como la efectividad de las intervenciones;
 - c) Preste asistencia técnica a los países de la Región en el diseño y aplicación de soluciones para el mejoramiento de la calidad;
 - d) Estimule la participación de los pacientes en la formulación de políticas y soluciones para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención;
 - e) Lidere los esfuerzos dirigidos a la creación del observatorio regional de seguridad del paciente y calidad de la atención;
 - f) Movilice recursos en apoyo a las iniciativas de seguridad del paciente y calidad de la atención en la Región;

- g) Desarrolle, en consulta con los Estados Miembros, una estrategia regional para el mejoramiento de la seguridad del paciente y el mejoramiento de la calidad.

(Novena reunión, 29 de junio del 2007)

CE140.R19 Orden del día provisional de la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 59.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

LA 140.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el orden del día provisional (documento CSP27/1) preparado por el Director para la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 59.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, que se presenta como anexo del documento CE140/4, Rev. 1, y

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

RESUELVE:

Aprobar el orden del día provisional (documento CSP27/1) preparado por el Director para la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 59.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

(Novena reunión, 29 de junio de 2007)

Decisiones

CE140(D1) Adopción del orden del día

De conformidad con el artículo 9 del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo, el comité adoptó sin modificaciones el orden del día presentado por la Directora (documento CE140/1, Rev. 1).

(Primera reunión, 25 de junio de 2007)

CE140(D2) Representación del Comité Ejecutivo en la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 59.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

De conformidad con el artículo 54 de su Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo decidió designar a su Presidente (Venezuela) y Vicepresidente (Antigua y Barbuda) para que representaran al Comité en la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 59.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. El Comité designó a Canadá y Estados Unidos de América como representantes suplentes.

(Primera reunión, 25 de junio de 2007)

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, siendo ambos textos igualmente auténticos.

HECHO en Washington, D.C., al vigésimo noveno día del mes de junio del año dos mil siete. La Secretaria depositará los textos originales en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana y enviará copias a los Estados Miembros de la Organización.

Nancy Pérez
Delegada de Venezuela
Presidenta de la 140.^a sesión del
Comité Ejecutivo

Mirta Roses Periago
Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana
Secretaria ex officio de la 140.^a sesión del
Comité Ejecutivo

ORDEN DEL DÍA

1. APERTURA DE LA SESIÓN

2. ASUNTOS RELATIVOS AL REGLAMENTO

- 2.1 Orden del día
- 2.2 Representación del Comité Ejecutivo en la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 59.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
- 2.3 Orden del día provisional de la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 59.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

3. ASUNTOS RELATIVOS A LOS COMITÉS

- 3.1 Informe sobre la Primera Sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración
- 3.2 Premio OPS en Administración 2007
- 3.3 Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS
- 3.4 Informe anual de la Oficina de Ética

4. ASUNTOS RELATIVOS A LA POLÍTICA DE LOS PROGRAMAS

- 4.1 Proyecto de plan estratégico 2008-2012
- 4.2 Proyecto de presupuesto por programas 2008-2009
- 4.3 Eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita en las Américas: Informe sobre los progresos realizados

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

- 4.4 Gripe aviar y gripe pandémica: Informe sobre los progresos realizados
- 4.5 Malaria en las Américas: Informe sobre los progresos realizados
- 4.6 Plan de acción regional de recursos humanos para la salud 2007-2015
- 4.7 Preparativos para la mesa redonda sobre la seguridad sanitaria internacional
- 4.8 Iniciativa regional sobre los hospitales seguros
- 4.9 Estrategia y plan de acción regionales para la prevención y el control del cáncer cervicouterino
- 4.10 Estrategia para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud de los países de las Américas
- 4.11 Rostros, voces y lugares: Respuesta desde las comunidades a los Objetivos de Desarrollo del Milenio
- 4.12 Prevención y control del dengue en las Américas: enfoque integrado y lecciones aprendidas
- 4.13 Política y estrategia regionales para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente

5. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS

- 5.1 Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público
- 5.2 Plan Maestro de Inversiones de Capital
- 5.3 Informe sobre la recaudación de las cuotas
- 5.4 Proceso para implantar la nueva escala de cuotas con base en la nueva escala de la OEA

5. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS *(cont.)*

- 5.5 Informe financiero parcial del Director para 2006
- 5.6 Informe sobre las actividades de la Unidad de los Servicios de Supervisión Interna

6. ASUNTOS DE PERSONAL

- 6.1 Reforma de la contratación en la OPS
- 6.2 Ratificación de las modificaciones del Reglamento del Personal de la OSP
- 6.3 Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OSP

7. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL

- 7.1 Recursos humanos de la OPS: perfil del personal
- 7.2 Resoluciones y otras acciones de la 60.^a Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo de la OPS
- 7.3 Actualización sobre el proceso para el nombramiento del Auditor Externo

8. OTROS ASUNTOS

9. CLAUSURA DE LA SESIÓN

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos Oficiales

<i>Documento oficial 326</i>	Informe financiero parcial del Director para 2006
<i>Documento oficial 327</i>	Proyecto de presupuesto por programas 2008-2009
<i>Documento oficial 328</i>	Proyecto de plan estratégico 2008-2012

Documentos de trabajo

CE140/1, Rev.2	Orden del día
CE140/2	Lista de participantes
CE140/3	Representación del Comité Ejecutivo en la 27. ^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 59. ^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
CE140/4, Rev.1	Orden del día provisional de la 27. ^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 59. ^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
CE140/5	Informe sobre la Primera Sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración
CE140/6 y Add. I y II	Premio OPS en Administración 2007
CE140/7	Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS
CE140/8	Eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita en las Américas: Informe sobre los progresos realizados
CE140/9	Gripe aviar y gripe pandémica: Informe sobre los progresos realizados

Documentos de trabajo *(cont.)*

CE140/10	Malaria en las Américas: Informe sobre los progresos realizados
CE140/11	Plan de acción regional de recursos humanos para la salud 2007-2015
CE140/12	Preparativos para la mesa redonda sobre la seguridad sanitaria internacional
CE140/13	Iniciativa regional sobre los hospitales seguros
CE140/14	Estrategia y plan de acción regionales para la prevención y el control del cáncer cervicouterino
CE140/15	Estrategia para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud de los países de las Américas
CE140/16	Rostros, voces y lugares: Respuesta desde las comunidades a los Objetivos de Desarrollo del Milenio
CE140/17	Prevención y control del dengue en las Américas: enfoque integrado y lecciones aprendidas
CE140/18	Política y estrategia regionales para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente
CE140/19	Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público
CE140/20	Plan Maestro de Inversiones de Capital
CE140/21 y Add. I	Informe sobre la recaudación de las cuotas
CE140/22	Proceso para implantar la nueva escala de cuotas con base en la nueva escala de la OEA

Documentos de trabajo *(cont.)*

CE140/23	Informe sobre las actividades de la Unidad de los Servicios de Supervisión Interna
CE140/24 y Corrig.	Reforma de la contratación en la OPS
CE140/25 y Corrig.	Ratificación de las modificaciones del Reglamento del Personal de la OSP
CE140/26, Rev. 1	Intervención del representante de la Asociación de Personal de la OSP

Documentos de información

CE140/INF/1	Recursos humanos de la OSP: perfil del personal
CE140/INF/2	Resoluciones y otras acciones de la 60.ª Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Regional
CE140/INF/3	Actualización sobre el proceso para el nombramiento del Auditor Externo

**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

Dr. Rhonda Sealey-Thomas
Acting Chief Medical Officer
Ministry of Health, Sports, and Youth Affairs
St. John's

***Canada
Canadá***

Mr. Gordon Taylor Lee
Acting Director
International Health Policy and Communications Division
International Affairs Directorate
Health Policy Branch
Health Canada
Ottawa

Mr. Nick Previsich
Senior Science Advisor
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa, Ontario

Ms. Kate Dickson
Senior Policy Advisor
International Health Policy and
Communication Division
Health Canada
Ottawa, Ontario

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

Canada (cont.)

Canadá (cont.)

Mr. Robert Clark
Associate Chief
Public Health Officer
Public Health Agency
Ottawa, Ontario

Ms. Basia Manitius
Alternate Representative of Canada to the
Organization of American States
Washington, D.C.

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

Sr. Luis Petit-Laurent
Segundo Secretario
Misión Permanente de Chile ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Cuba

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

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

Panama
Panamá

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

Lic. Marco Williams
Asistente Ejecutivo del Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Sr. Jorge H. Miranda Corona
Consejero, Representante Alterno
Misión Permanente de Panamá ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Milton Ruiz
Consejero Cultural y de Turismo
Misión Permanente de Panamá ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Trinidad and Tobago
Trinidad y Tabago

Dr. Rohit Doon
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Port-of-Spain

Mr. Asif Ali
Director
Finance and Projects
Ministry of Health
Port-of-Spain

United States of America
Estados Unidos de América

Mr. Mark A. Abdoo
Special Assistant to the Director
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

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

Dr. Rosaly Correa-de-Araujo
Director
Office of the Americas
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

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

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

Dr. Erik Janowsky
Population, Health and Nutrition Team Leader
Latin American and Caribbean Bureau
Agency for International Development
Washington, D.C.

Ms. Kelly Saldana
Health Sector Reform Adviser
Bureau for Latin America and the Caribbean
Agency for International Development
Washington, D.C.

Ms. Mary Lou Valdez
Deputy Director for Policy
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

Ms. Heather Ward
Program Analyst
Office of U.N. System Administration
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Uruguay

Dra. María Julia Muñoz
Ministra de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

Dra. Luján Flores
Embajadora de Uruguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Uruguay (cont.)

Ministra Dra. Graziella Reyes
Representante Alterna de Uruguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Dra. Cristina Carrión
Ministra Consejera
Misión Permanente de Uruguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Venezuela

Dra. Nancy Pérez
Viceministra de Salud Colectiva
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

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

Sr. Nelson Pineda
Jefe Alterno
Misión Permanente de la República Bolivariana de
Venezuela ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

**Other Member and Participating States
Otros Estados Miembros y Participantes**

Argentina

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

Bolivia

Ms. Erika A. Dueñas Loayza
Consejera
Embajada de Bolivia ante la Casa Blanca
Washington, D.C.

Brazil

Brasil

Sr. Santiago Luís Bento Fernandez Alcázar
Conselheiro
Assessor Especial do Ministro da Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Dr. Carlos Felipe Almeida D' Oliveira
Assessor do Ministro da Saúde
e Coordenador do SGT 11 Saúde/MERCOSUL
Ministério da Saúde
Brasília

Dr. Sérgio Gaudêncio
Chefe da Divisão de Temas Multilaterais
Ministério da Saúde
Brasília

Ministro Lineu de Paula
Conselheiro da Missão Permanente do Brasil junto à
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

Other Member and Participating States (cont.)
Otros Estados Miembros y Participantes (cont.)

Brazil (cont.)

Brasil (cont.)

Sr. Marcos Arbizu de Souza Campos
Conselheiro da Missão Permanente do Brasil junto à
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

Colombia

Sr. Juan Claudio Morales
Consejero
Misión Permanente de Colombia ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

France

Francia

Mme Elizabeth Connes-Roux
Observatrice permanente adjointe de la France près
de l'Organisation des États Américains
Washington, D.C.

Mexico

México

Lic. Mauricio Bailón González
Director General
Dirección General de Relaciones Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Héctor A. Rangel Gómez
Representante Alterno
Misión Permanente de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

**Associate Members
Miembros Asociados**

Puerto Rico

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

**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.

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

Portugal

Sra. Ana María Pires Monteiro
Attaché
Embaixada do Portugal
Washington, D.C.

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

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

Sr. John Passino

Representatives of Intergovernmental Organizations (cont.)
Representantes de Organizaciones Intergubernamentales (cont.)

Inter-American Development Bank
Banco Interamericano de Desarrollo

Sr. André Medici

Representatives of Nongovernmental Organizations
Representantes de Organizaciones No Gubernamentales

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

Ing. Carlos Alberto Rosito

Latin American Association of Pharmaceutical Industries
Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas

Dr. Rubén Abete

Medical Confederation of Latin America and the Caribbean
Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe

Dr. Marco Antonio Becker
Dr. Dardeg De Souza Aleixo
Dr. Edson De Oliveira Andrade
Sr. Frederico Henrique de Melo

National Alliance for Hispanic Health
Alianza Nacional para la Salud Hispana

Mrs. Marcela Gaitán

United States Pharmacopeia

Dr. Victor Pribluda

**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. Cristina Beato
Deputy Director/Directora Adjunta

Dr. Carissa Etienne
Assistant Director/Subdirectora

Mr. Michael A. Boorstein
Director of Administration/Director de Administración
