



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



144.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 22 al 26 de junio del 2009

CE144/FR (Esp.)
31 de julio del 2009
ORIGINAL: INGLÉS

INFORME FINAL

ÍNDICE

Página

Apertura de la sesión	6
------------------------------------	----------

Asuntos relativos al Reglamento

Mesa Directiva	6
Adopción del orden del día y del programa de reuniones	7
Representación del Comité Ejecutivo en el 49.º Consejo Directivo, 61.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas	7
Orden del día provisional del 49.º Consejo Directivo, 61.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas	7

Asuntos relativos al Comité

Informe de la tercera sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración.....	8
Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS.....	9
Premio OPS en Administración 2009	10
Informe anual de la Oficina de Ética	10

Asuntos relativos a la política de los programas

Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2010-2011	13
Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS modificado (proyecto)	20
Nueva escala de cuotas	23
Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable	25
Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza	27
Política de investigación para la salud	30
Estrategia y plan de acción sobre salud mental	33
Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes.....	35
Plan de acción para la ejecución de la política en materia de igualdad de género ...	38
Marco de política para la donación y el trasplante de órganos humanos.....	40
Salud y turismo	42
Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud....	43
Reforma Institucional del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME).....	47
Revisión Institucional y Reorganización Interna del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP).....	48

ÍNDICE (cont.)

Página

Asuntos relativos a la política de los programas (cont.)

Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales evitables	49
Salud familiar y comunitaria.....	50
El Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud para la Compra de Vacunas	51

Asuntos administrativos y financieros

Informe sobre la recaudación de las cuotas	58
Informe financiero parcial del Director para 2008	59
Modificaciones del Reglamento Financiero y las Reglas Financieras.....	61
Proyectos que utilizan ingresos del presupuesto por programas que exceden el nivel autorizado del presupuesto ordinario efectivo	63
Propuesta de creación de un Comité de Auditoría.....	65

Asuntos de personal

Modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la OSP	66
Reformas del sistema de contratación en la OPS.....	67
Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OSP.....	68

Asuntos de información general

Proyecto de Presupuesto por Programas 2010-2011 de la OMS y Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 de la OMS modificado (proyecto).....	69
Código de prácticas para la contratación internacional de personal de salud: documento de la OMS para discusión	70
Informe sobre los progresos realizados en materia de asuntos técnicos	72
Reglamento Sanitario Internacional, incluido un informe sobre la pandemia de gripe por A (H1N1)	72
Preparativos para la mesa redonda sobre hospitales seguros.....	75
Preparativos para el debate de tipo panel sobre la Alianza Panamericana sobre Nutrición y Desarrollo para Cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio	75
Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS	76
Informe de avance sobre asuntos administrativos y financieros.....	78
Estado de la implementación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS)	78
Fondo Maestro de Inversiones de Capital.....	80

ÍNDICE (cont.)

Página

Otros asuntos	80
Clausura de la sesión	81
Resoluciones y decisiones	81

Resoluciones

CE144.R1	Propuesta de creación de un Comité de Auditoría	81
CE144.R2, Corrig.	Recaudación de las cuotas	87
CE144.R3	Examen de las organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS	88
CE144.R4	Plan de acción para la ejecución de la política en materia de igualdad de género	89
CE144.R5	Salud familiar y comunitaria	92
CE144.R6	Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes ..	94
CE144.R7	Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud	98
CE144.R8	Estrategia y plan de acción sobre salud mental	101
CE144.R9	Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales evitables	104
CE144.R10	Proyecto del Plan Estratégico de la OPS 2008-2012 modificado	105
CE144.R11	Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza	106
CE144.R12	Marco de política para la donación y el trasplante de órganos humanos	119
CE144.R13	Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable	121
CE144.R14	Salud y turismo	125
CE144.R15	Modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana	127
CE144.R16	Reforma del sistema de contratación en la Organización Panamericana de la Salud	129
CE144.R17	Modificaciones del Reglamento Financiero y las Reglas Financieras	130
CE144.R18	Nueva escala de cuotas para el período presupuestario 2010-2011	131

ÍNDICE (cont.)

Página

Resoluciones (cont.)

CE144.R19	Política sobre investigación para la salud	133
CE144.R20	Revisión Institucional y Reorganización Interna del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP).....	138
CE144.R21	Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2010-2011	143
CE144.R22	Premio OPS en Administración 2009	148
CE144.R23	Contribuciones de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud 2010-2011	148
CE144.R24	Reforma Institucional del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME).....	152
CE144.R25	Orden del día provisional del 49.º Consejo Directivo de la OPS, 61.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.....	163

Decisiones

CE144(D1)	Adopción del orden del día	164
CE144(D2)	Representación del Comité Ejecutivo en el 49.º Consejo Directivo, 61.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.....	164

Anexos

- Anexo A. Orden del día
- Anexo B. Lista de documentos
- Anexo C. Lista de participantes
- Anexo D. Informe de la reunión especial sobre el Fondo Rotatorio de la OPS para la
Compra de Vacunas en vista de nuevos retos

INFORME FINAL

Apertura de la sesión

1. La 144.^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 22 al 26 de junio de 2009.
2. La sesión contó con la presencia de los delegados de los siguientes ocho miembros del Comité Ejecutivo elegidos por el Consejo Directivo: Argentina, Bolivia, Estados Unidos de América, Guatemala, Haití, México, Suriname y Uruguay. La delegación de Trinidad y Tabago no pudo asistir debido a las responsabilidades apremiantes relacionadas con la pandemia de gripe por A (H1N1). También asistieron, en calidad de observadores, delegados de los siguientes Estados Miembros, Estados Participantes y Estados Observadores: Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Francia, Nicaragua, Paraguay y Venezuela. Además, estuvieron representadas cinco organizaciones no gubernamentales y dos organismos especializados de las Naciones Unidas.
3. El doctor Jorge Basso (Uruguay, Presidente del Comité Ejecutivo) inauguró la sesión y dio la bienvenida a los miembros, a los observadores y a los funcionarios de la OPS.
4. La doctora Mirta Roses (Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana) también dio la bienvenida a los participantes y señaló que el Comité tenía por delante un orden del día sumamente nutrido, con numerosos temas de importancia crucial para el trabajo futuro de la Organización. Además, se habían programado varios eventos notables fuera del marco de la sesión formal, incluida una visita de la presidenta de Chile, Michelle Bachelet¹, y una reunión técnica especial sobre el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas. Esperaba tener una semana interesante y productiva.

Asuntos relativos al Reglamento

Mesa Directiva

5. Los siguientes Miembros que habían sido elegidos para constituir la Mesa Directiva en la 143.^a sesión del Comité continuaron desempeñando sus cargos respectivos en la 144.^a sesión:

¹ El texto del discurso de la presidenta Bachelet está en el documento CE144/DIV/2, que se encuentra en el sitio web de la OPS.

Presidencia: Uruguay (Dr. Jorge Basso)

Vicepresidencia: Suriname (Dr. Celsius Waterberg)

Relatoría: México (Sra. Ana María Sánchez)

6. La Directora se desempeñó en calidad de Secretaria ex officio y el doctor Juan Manuel Sotelo (Gerente del Área de Relaciones Externas, Movilización de Recursos y Alianzas de la Oficina Sanitaria Panamericana [OSP]) actuó como Secretario Técnico.

Adopción del orden del día y del programa de reuniones (documentos CE144/1, Rev. 2 y CE144/WP/1, Rev. 1)

7. El Comité adoptó el orden del día provisional (documento CE144/1, Rev. 2) sin cambios y también adoptó un programa de reuniones (CE144/WP/1, Rev. 1) (decisión CE144[D1]).

Representación del Comité Ejecutivo en el 49.º Consejo Directivo, 61.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE144/2)

8. De conformidad con el Artículo 54 del Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo nombró a los delegados de Uruguay y Suriname, titulares de la Presidencia y la Vicepresidencia, respectivamente, para representar al Comité en el 49.º Consejo Directivo. Se designó a México y Trinidad y Tabago como representantes suplentes (decisión CE144[D2]).

Orden del día provisional del 49.º Consejo Directivo, 61.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE144/3, Rev. 1)

9. La señora Piedad Huerta (Asesora de la Oficina de Cuerpos Directivos de la OSP) presentó el orden del día provisional del 49.º Consejo Directivo, 61.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, contenido en el anexo A del documento CE144/3, Rev. 1. Observó que, como de costumbre, el orden del día incluía varios asuntos de procedimiento y relativos a la Constitución, así como numerosos asuntos relativos a la política de los programas y asuntos administrativos y financieros que habían sido tratados por el Comité Ejecutivo. Los asuntos relativos a la política de los programas también incluían una mesa redonda sobre hospitales seguros y un debate de tipo panel sobre la Alianza Panamericana sobre Nutrición y Desarrollo para Cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

10. La Directora observó que el orden del día era bastante extenso, pero estaba segura de que el Consejo Directivo podría concluirlo sin problemas porque el Comité Ejecutivo había trabajado con gran eficiencia y sus comentarios mejorarían enormemente los documentos.

11. Una innovación era que la recepción que tradicionalmente se había ofrecido en la OPS el primer lunes de la sesión sería reemplazada con una cena de gala el martes por la noche en la sede de la Organización de los Estados Americanos (OEA). Durante el evento, organizado junto con la Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF), se haría entrega de los diversos premios.

12. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE144.R25, mediante la cual adoptó el orden del día provisional del 49.º Consejo Directivo, 61.ª sesión del Comité Regional de OMS para las Américas.

Asuntos relativos al Comité

Informe de la tercera sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración (documento CE144/4)

13. El embajador Jorge Skinner-Klee (Guatemala, Vicepresidente del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración había celebrado su tercera sesión del 11 al 13 de marzo del 2009. La sesión había contado con la presencia de los representantes de los siguientes miembros del Subcomité elegidos por el Comité Ejecutivo o designados por la Directora: Bolivia, Colombia, Estados Unidos de América, Guatemala, México, San Vicente y las Granadinas y Trinidad y Tabago. También habían asistido representantes de Brasil, Canadá, España y Suriname en calidad de observadores. Se había elegido a Trinidad y Tabago para ocupar la presidencia del Subcomité, a Guatemala para la vicepresidencia y a México para la relatoría.

14. En el Subcomité se había producido un intercambio muy productivo de ideas sobre importantes temas financieros, administrativos y de otros tipos, entre ellos el proyecto de programa y presupuesto de la OPS y el proyecto de presupuesto por programas de la OMS para el ejercicio financiero 2010-2011, el informe financiero parcial del Director para 2008, la propuesta de creación de un Comité de Auditoría, propuestas de nuevos marcos institucionales para dos centros panamericanos, el proyecto de plan de acción regional para ejecutar la Política en Materia de Igualdad de Género de la OPS y los mecanismos de adquisiciones de la OPS, incluido el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas. Como todos estos asuntos tratados por el Subcomité también estaban en el orden del día de la 144.ª sesión del Comité Ejecutivo, informaría al respecto a medida que el Comité los abordara.

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

**Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS
(documento CE144/6)**

16. El embajador Jorge Skinner-Klee (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó al Comité que el Subcomité había celebrado una reunión a puerta cerrada durante su tercera sesión para analizar la situación de ocho organizaciones no gubernamentales (ONG) que mantienen relaciones oficiales con la OPS y había decidido recomendar que el Comité Ejecutivo aprobara la continuación de las relaciones oficiales de la OPS con la Sociedad Estadounidense de Microbiología (ASM, por sus siglas en inglés), la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS), la Federación Internacional de la Diabetes (FID), la Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica (FIFARMA), la Fundación March of Dimes, la Farmacopea de Estados Unidos (USP) y la Asociación Mundial de Salud Sexual (WAS, por sus siglas en inglés).

17. El Subcomité también había decidido recomendar que se suspendieran las relaciones con la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAES), bien entendido que podrían reanudarse más adelante sobre la base de un nuevo plan de trabajo en colaboración.

18. Además, el Subcomité había hecho varias recomendaciones en cuanto al formato y el contenido de la información presentada sobre las ONG que solicitasen el establecimiento o la reanudación de relaciones oficiales con la OPS. En particular, recomendó que la información se presentara de una forma más concisa, estandarizada y fácil de seguir y que se indicara claramente la forma en que la colaboración de la OPS con cada ONG contribuía al logro de los objetivos estratégicos enunciados en el Plan Estratégico de la Organización.

19. En las deliberaciones del Comité sobre este tema se sugirió que las recomendaciones del Subcomité sobre el formato y el contenido de la información acerca de las ONG se incorporaran en el proyecto de resolución sobre el tema. En concreto, se sugirió que se le pidiera al Director que presentara un informe anual sobre la colaboración de la OPS con las ONG con las cuales mantenía relaciones oficiales. Esos informes debían incluir una lista de todas las ONG que mantenían relaciones oficiales con la Organización e indicar el año en el cual debían revisarse. También debían indicar la forma en que el trabajo de la Organización con las ONG estaba contribuyendo al logro de los objetivos estratégicos enunciados en el Plan Estratégico. El proyecto de resolución fue enmendado en consecuencia.

20. El representante de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental dijo que su organización había estado colaborando con la OPS desde 1948 y mantenía su compromiso de colaborar estrechamente con la Organización en las áreas de interés común. Ambas organizaciones estaban colaborando en seis programas de la

Asociación para garantizar el acceso universal al agua potable, la eliminación y el tratamiento de aguas residuales y el manejo de los residuos sólidos en la Región para 2025, con la meta intermedia de cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud ambiental dentro del plazo previsto, o sea para 2015.

21. El Comité aprobó la resolución CE144.R3, mediante la cual decidió mantener las relaciones oficiales de la OPS con las siete ONG mencionadas en el párrafo 16 y suspender las relaciones con la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública.

Premio OPS en Administración 2009 (documentos CE144/5 y CE144/5, Add. I)

22. La señora Ann Blackwood (Estados Unidos de América) informó que el Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración 2009, integrado por Argentina, Bolivia y Estados Unidos de América, se había reunido el 24 y 25 de junio. Después de examinar la información sobre los candidatos al premio propuestos por los Estados Miembros, el Jurado había decidido adjudicar el Premio OPS en Administración 2009 a la doctora Merceline Dahl-Regis, de las Bahamas, por su contribución a la gestión de la atención de salud y la investigación, así como a la educación médica en el campo de la atención primaria de salud, y por su liderazgo en la institucionalización de la vigilancia de la salud pública en las Bahamas y en la evaluación y redefinición de los parámetros para la Cooperación para la Salud en el Caribe.

23. El Comité Ejecutivo felicitó a la doctora Dahl-Regis y aprobó la resolución CE144.R22, mediante la cual tomó nota de la decisión del Jurado y remitió su informe al 49.º Consejo Directivo.

Informe anual de la Oficina de Ética (documento CE144/7)

24. El señor Philip MacMillan (Gerente de la Oficina de Ética de la OSP) explicó que la Oficina de Ética tenía dos responsabilidades primordiales. La primera era proporcionar orientación y asesoramiento a los miembros del personal para que cumplieran las normas de conducta de la OPS. Como parte de esa función, también impartía capacitación. La segunda función principal era investigar denuncias de faltas de conducta. Además, la Oficina se encargaba de la coordinación del Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos de la OPS.

25. Una de las bases de la función de asesoramiento de la Oficina era el Código de Principios Éticos y Conducta de la OPS, importante guía para las actividades diarias del personal en la cual se indicaban también varias actividades para las cuales el personal debía obtener la autorización de la Oficina de Ética. Durante el último año, la Oficina había respondido a 64 consultas de miembros del personal que abarcaban una amplia gama de temas, entre ellas actividades y empleo externos, la participación en juntas directivas y comités, el recibo de obsequios y premios y el empleo de familiares. Durante

el último año, la Oficina de Ética había recibido 27 notificaciones acerca de actos que planteaban preocupaciones de índole ética. Los pormenores de los casos se presentaban en el documento CE144/7. Las investigaciones llevadas a cabo por la Oficina de Ética habían dado lugar a diversas medidas tomadas por la Organización, desde el asesoramiento hasta la destitución sumaria.

26. La piedra angular del programa de capacitación de la Oficina de Ética era un curso obligatorio en línea sobre el Código de Principios Éticos y Conducta, que todo el personal de la Sede ya había completado. La Oficina de Ética también había ofrecido sesiones informativas para el personal de dos representaciones y se preveía realizar más visitas a los países en breve.

27. La Oficina de Ética había encabezado la formulación de varias iniciativas importantes durante el último año. Primero, se acababa de elaborar una nueva política para proteger a las personas que denunciaran actos indebidos o cooperaran en una investigación o auditoría. Segundo, se había preparado un protocolo para que, en la medida de lo posible, todas las investigaciones en el lugar de trabajo se llevaran a cabo de una manera uniforme, objetiva y transparente y de acuerdo con las normas establecidas. El protocolo estaba en las etapas finales del proceso de examen y se implementaría en breve. Tercero, se había establecido el Comité Permanente sobre la Protección de Recursos y la Prevención de Pérdidas, que se encargaría de controlar eficazmente los riesgos de índole financiera y de que se notificaran debidamente y se investigaran todos los casos conocidos de hurtos o pérdidas.

28. Con respecto al trabajo futuro, el Código de Principios Éticos y Conducta, aprobado en 2006, se actualizaría a fin de tener en cuenta las enseñanzas y extender su cobertura a vendedores, proveedores y contratistas. La Oficina de Ética también estaba examinando la factibilidad de implementar un sistema de evaluación en línea, con el fin de mostrar la importancia de evaluar el comportamiento ético de las personas que trabajaban en la Organización y su nivel de conciencia con respecto a las diversas iniciativas y políticas que se habían adoptado.

29. El Comité Ejecutivo elogió a la Oficina por la promoción de una cultura de ética en la Organización mediante su labor de capacitación, educación e investigación. El Comité también señaló que le complacía la elaboración del protocolo para las investigaciones en el lugar de trabajo e instó a la Oficina de Ética a que lo pusiera en práctica sin dilación. El Comité recibió con beneplácito la nueva política para proteger contra las represalias a las personas que denunciaran actos indebidos e instó a la Oficina a que informara al personal sobre los mecanismos de protección y exhortó al personal directivo superior a que aplicara plenamente esos mecanismos. Un delegado preguntó si se había previsto aplicar sanciones a los empleados que hicieran acusaciones infundadas. Una delegada apoyó el plan para evaluar el nivel de conciencia ética, observando que se

había hecho una encuesta similar en la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados.

30. Varios delegados informaron sobre la labor que sus países estaban realizando para combatir la corrupción y la conducta contraria a la ética o impropia de los funcionarios públicos. Se señaló que algunos de los materiales de capacitación utilizados por la Oficina de Ética quizá fuesen útiles para esa tarea.

31. El señor MacMillan reiteró que la política para proteger a las personas que denunciaran actos indebidos acababa de formularse. Se aplicaría cuanto antes, pero no se podía apresurar algo tan importante. Era esencial que la política fuese creíble y que solo se aplicara con motivos válidos. Confirmó que no se conferiría protección en el marco de esta política si la información suministrada era intencionalmente falsa y que toda persona que proporcionara información falsa sería sujeto a medidas disciplinarias. La Oficina de Ética ya había dado a conocer su programa de capacitación a la OMS y el Banco Mundial y se complacería en hacerlo con otros organismos.

32. La Directora dijo que la propuesta de compartir el programa de capacitación era muy interesante y reflejaba la estrecha interacción entre la OPS y sus Estados Miembros, de los cuales la Organización había tomado con frecuencia herramientas e instrumentos para su trabajo. En particular, debían proporcionarse los materiales a los ministerios de salud, porque los ministerios y la OPS tenían misiones muy similares y, por lo tanto, era probable que se enfrentaran con problemas de ética muy similares.

33. Agregó que, a medida que la Oficina de Ética llevara a cabo sus investigaciones y acumulara experiencia, los casos se agregarían al curso de capacitación tras la adopción de medidas pertinentes para proteger la identidad de las personas afectadas. Con ese enfoque, las personas que tomaran el curso estarían trabajando con situaciones de la vida real, que les harían pensar en sus propias circunstancias y comportamiento, porque en muchos casos las personas que infringían las reglas de ética sencillamente no sabían que lo estaban haciendo. Por lo tanto, la labor educativa de la Oficina de Ética tenía grandes posibilidades de prevenir tales transgresiones. El objetivo principal no era imponer castigos, sino prevenir las violaciones de ética. En ese sentido, el trabajo de la Oficina de Ética era como el trabajo de salud pública en general: la prevención revestía una importancia fundamental. Lamentablemente, no había ninguna vacuna contra la conducta contraria a la ética.

34. El Comité tomó nota del informe de la Oficina de Ética.

Asuntos relativos a la política de los programas

Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2010-2011 (documentos CE144/30; CE144/30, Add. I; Documento Oficial 333, y Add. I)

35. El embajador Jorge Skinner-Klee (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había examinado el anteproyecto de programa y presupuesto para 2010-2011, que contenía tres escenarios posibles que partían del supuesto de que se necesitaría un aumento de \$11,5 millones² en la parte del presupuesto asignada a los puestos para mantener los 757 puestos previstos para el bienio 2010-2011. Todas las situaciones partían también del supuesto de una reducción de 2,6% de la porción del presupuesto de la OPS aportada por la OMS. La propuesta presentada en el anteproyecto de presupuesto se basaba en la situación B, en la cual se cubriría el 67% del aumento de los costos, las contribuciones señaladas aumentarían 4,3% y la parte del presupuesto que no estuviera asignada a puestos disminuiría 6,0%. Se había explicado que la parte del presupuesto ordinario que no estaba asignada a puestos representaba el efecto de cada escenario en la capacidad de la Organización para proporcionar cooperación técnica. El escenario B requería un presupuesto ordinario de la OPS/OMS de \$288.516.000, un aumento de 3,4% con respecto a 2008-2009 y un aumento de 4,3% en las cuotas para que totalizaran \$187.816.000.

36. El Subcomité había solicitado más información sobre las bases del aumento propuesto de la parte del presupuesto correspondiente a los puestos y las reducciones planeadas en los puestos o los cambios en el equilibrio entre la parte del presupuesto correspondiente a los puestos y la parte que no estaba asignada a puestos. El Subcomité también había pedido a la Oficina que proporcionara una descripción narrativa del efecto concreto que tendría cada escenario en el programa de la Organización y su cooperación técnica con los Estados Miembros. También se había pedido a la Oficina que indicara el porcentaje del presupuesto total asignado a cada objetivo estratégico, de forma tal que los Estados Miembros pudieran ver claramente la prioridad relativa asignada a cada uno, y que presentara más datos comparables que mostraran las tendencias y los cambios en énfasis de 2008-2009 a 2010-2011, así como un desglose de los diferentes tipos de contribuciones voluntarias, junto con proyecciones específicas para los fondos fiduciarios de la OPS y otros tipos de fondos.

37. Los miembros del Subcomité habían expresado inquietud por las repercusiones de la crisis financiera actual en el presupuesto de la OPS y la capacidad de los Estados Miembros para cumplir sus obligaciones con la Organización. Los delegados habían preguntado si un aumento de 4,3% en las contribuciones señaladas era realista en el clima

² A menos que se especifique otra cosa, todas las cifras monetarias en este informe se expresan en dólares de Estados Unidos.

económico actual y había recalcado que las cifras del proyecto debían revisarse a la luz de los cambios actuales en la situación económica mundial y las decisiones tomadas por la Asamblea Mundial de la Salud sobre el presupuesto por programas de la OMS para 2010-2011.

38. El doctor Isaías Daniel Gutiérrez (Gerente del Área de Planificación, Presupuesto y Coordinación de Recursos de la OSP) presentó el proyecto de presupuesto revisado contenido en el Documento Oficial 333. Señaló que, por primera vez, el proyecto de programa y presupuesto se dividía en tres partes: programas básicos de la OPS/OMS, respuesta a brotes y crisis, y proyectos internos financiados por gobiernos. El proyecto presentaba un desglose del presupuesto por nivel institucional más detallado que la versión presentada al Subcomité; sin embargo, todavía no estaba terminado porque el proceso de planificación operativa no había concluido. Los detalles finales se presentarían al 49.º Consejo Directivo.

39. Igual que el proyecto examinado por el Subcomité, el proyecto presentado al Comité Ejecutivo se basaba en el escenario B, que requería un aumento de 4,3% en las contribuciones señaladas. La proporción del presupuesto ordinario aportada por la OMS, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo, disminuiría 1,0%, de modo que el aumento general propuesto del presupuesto combinado de la OPS/OMS sería de 3,4%. Se preveía que el financiamiento de otras fuentes aumentaría 2,6%. El presupuesto total, incluido tanto el presupuesto ordinario como la porción financiada mediante otras fuentes, ascendía a \$644.367.000, cifra que representaba un aumento de 2,9% con respecto a 2008-2009. El proyecto mostraba la cantidad y el porcentaje asignados a cada objetivo estratégico en el Plan Estratégico 2008-2013, de acuerdo con lo solicitado por el Subcomité. Señaló que lo que parecía ser aumentos o disminuciones porcentuales considerables en algunos objetivos estratégicos, en particular los objetivos 11 y 15, de hecho reflejaba solo el traslado de puestos de un área a otra de la Organización. Por ejemplo, se habían trasladado varios puestos del objetivo estratégico 16 al 15, a fin de reflejar mejor las iniciativas de presencia en el país.

40. Pasando al apéndice del documento del presupuesto, que contenía la justificación del aumento propuesto de las contribuciones señaladas y la información adicional solicitada por el Subcomité, el doctor Gutiérrez mostró la tendencia observada en los puestos de plazo fijo financiados con fondos del presupuesto ordinario: de 1.222 puestos en 1980-1981 se había bajado a 757, el número previsto para 2010-2011. Tal como se había informado al Subcomité, se necesitaría un aumento de 6,3% del presupuesto ordinario para sufragar el costo de esos 757 puestos. El componente del presupuesto ordinario propuesto correspondiente a los puestos —es decir, la cantidad necesaria para financiar los puestos de plazo fijo— constituiría 69% del total. El componente no asignado a puestos, que representaba la cooperación técnica de la Organización con los países, representaría 31%.

41. En el apéndice se presentaban los tres escenarios (A, B y C) y se mostraban y explicaban las repercusiones programáticas negativas, en especial en los escenarios B y C. El componente no asignado a puestos aumentaría (1,79%) solamente en el escenario A. En los escenarios B y C disminuiría (2,25% y 10,74%, respectivamente). La Oficina seguía recomendando el escenario B. El apéndice también contenía detalles sobre las medidas adoptadas por la Oficina para aumentar la eficiencia y la productividad. El Dr. Gutiérrez señaló que, aunque la eficiencia había aumentado constantemente a pesar de la reducción sostenida del personal, un análisis de las tendencias estadísticas parecía indicar que una reducción adicional del personal no produciría ningún aumento en la eficiencia, reduciría la productividad y tendría efectos negativos en la cooperación técnica de la Organización y en su capacidad para desempeñar sus funciones básicas, que no podían delegarse a personal a corto plazo.

42. La Oficina era consciente de las dificultades que todos los Estados Miembros estaban experimentando como resultado de la crisis financiera mundial pero creía que, en épocas de crisis económica, era esencial invertir en la salud para seguir avanzando en la ejecución de la Agenda de Salud para las Américas y la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, proteger los avances en la salud realizados en la Región hasta el momento y fortalecer los servicios de salud, lo cual era particularmente importante en vista de la pandemia de gripe por A(H1N1).

43. El Comité Ejecutivo trató el proyecto de presupuesto en varias ocasiones durante cuatro días, durante los cuales los delegados expresaron reiteradamente su inquietud acerca del aumento propuesto de las contribuciones. También se expresó inquietud acerca de las repercusiones de la nueva escala de cuotas (véanse los párrafos 76 a 83). Aunque los delegados reconocieron la difícil situación financiera de la OPS y agradecieron las medidas tomadas para reducir los costos y aumentar la eficiencia y la productividad, también señalaron que sus gobiernos estaban lidiando con graves problemas económicos, que en algunos casos se habían exacerbado como consecuencia de la pandemia de gripe, y por consiguiente les resultaría difícil pagar una cuota más alta. Las delegadas de Canadá y Estados Unidos de América reafirmaron la política de sus gobiernos de crecimiento nominal cero en los presupuestos de las organizaciones internacionales. Se solicitó a la Oficina que elaborara un cuarto escenario (escenario D) que abordara esas inquietudes.

44. El Comité recibió con beneplácito los detalles presentados en el apéndice del proyecto de presupuesto y agradeció a la Oficina los esfuerzos para responder a las solicitudes del Subcomité. Se solicitaron más datos comparables para que los Estados Miembros pudieran ver más claramente las tendencias con el transcurso del tiempo. Se señaló que el cuadro que describía las repercusiones programáticas negativas de los escenarios B y C, en la sección II del apéndice, era especialmente útil, pero que era necesario aclarar algunas de las repercusiones, en particular con respecto al objetivo estratégico 10. Los delegados estuvieron de acuerdo en general con los aumentos

propuestos del financiamiento para los diversos objetivos estratégicos, pero expresaron dudas acerca de las reducciones propuestas para los objetivos estratégicos 13 y 14, que se consideraban cruciales para el fortalecimiento de los sistemas de salud basados en la atención primaria y el logro de la cobertura universal.

45. Los delegados expresaron apoyo a los esfuerzos de la Oficina para aumentar la proporción de contribuciones voluntarias básicas y preguntaron qué estrategias estaban empleándose para que los donantes se mostraran dispuestos a proporcionar financiamiento no destinado a fines particulares. Se pidió a la Oficina que desglosara los datos sobre las contribuciones voluntarias por tipo de contribución y que proporcionara proyecciones específicas para los fondos fiduciarios de la OPS y otros tipos de fondos. También se solicitó información sobre los países que participaban en proyectos internos financiados por gobiernos y las repercusiones de tales proyectos en los aumentos o las reducciones propuestas del financiamiento para los diversos objetivos estratégicos.

46. El doctor Gutiérrez dijo que, lamentablemente, la gran mayoría de las contribuciones voluntarias seguían destinándose a fines particulares. La Oficina sin duda se esforzaría por movilizar más contribuciones no destinadas a un fin particular. Sin embargo, aunque lo lograra, un aumento de las contribuciones voluntarias no podía compensar una disminución en el presupuesto ordinario porque esas contribuciones, que eran imprevisibles, no podían usarse para financiar puestos de plazo fijo. En cuanto al financiamiento recibido por la OPS para proyectos internos financiados por gobiernos, tales proyectos se autofinanciaban en su totalidad, de modo que no tenían implicaciones financieras para la OPS. Sin embargo, efectuaban una contribución valiosa a la consecución de los objetivos estratégicos de la Organización y, por consiguiente, aunque se llevaran a cabo en un solo país, beneficiaban a todos los pueblos de las Américas.

47. Con respecto a los aumentos y las reducciones del financiamiento para algunos de los objetivos estratégicos, explicó que reflejaban principalmente los cambios en el importe de las contribuciones voluntarias previstas. En el caso del objetivo estratégico 13, por ejemplo, la cantidad programada había sido excesivamente grande, teniendo en cuenta lo que se había movilizado hasta ese momento en el bienio en curso. Por consiguiente, la proyección para 2010-2011 se había ajustado adecuadamente. La reducción no indicaba una disminución en la prioridad asignada a ese objetivo, sino que reflejaba sencillamente un cálculo más realista.

48. El doctor Pedro Brito (Gerente del Área de Sistemas y Servicios de Salud de la OSP), refiriéndose al objetivo estratégico 10, explicó que la OPS tenía varios mandatos importantes en relación con el fortalecimiento y el desarrollo de sistemas de salud, incluida la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, la resolución CSP26.R19 sobre la ampliación de la protección social en materia de salud, la resolución WHA58.33 sobre financiamiento sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad y la resolución WHA62.12 sobre la atención primaria de salud y el

fortalecimiento de sistemas de salud. Esos mandatos se habían vuelto más cruciales aun en el contexto actual. Era necesario fortalecer los sistemas de salud para hacer frente a la carga mayor que debían asumir como consecuencia de la pandemia de gripe y los efectos de la crisis económica, que había debilitado la capacidad del sector privado y los sistemas de seguridad social para proporcionar cobertura de atención de salud y había llevado a muchas personas de ingresos medianos y bajos a depender de los servicios de salud pública.

49. Esos factores eran la causa del aumento propuesto en el financiamiento para el objetivo estratégico 10. Tal como había explicado el doctor Gutiérrez, el aumento se sufragaría con contribuciones voluntarias, y no con fondos del presupuesto ordinario. Felizmente, la Organización había visto una tendencia ascendente en las contribuciones voluntarias para el fortalecimiento de los sistemas de salud, incluidos los fondos recibidos de las contribuciones voluntarias de la OMS y el financiamiento recibido por los países para el fortalecimiento de los sistemas de salud de fuentes tales como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y la Alianza GAVI. Lamentablemente, no ocurría lo mismo con las contribuciones voluntarias para el fortalecimiento del personal de salud (objetivo estratégico 13) y la ampliación de la protección social en materia de salud (objetivo estratégico 14), áreas en las cuales había resultado difícil movilizar financiamiento extrapresupuestario.

50. La Directora señaló que la OMS también había reducido sus proyecciones de las contribuciones voluntarias porque la previsión de tales contribuciones en el clima económico actual era bastante pesimista y porque durante los últimos cinco bienios la OMS no había logrado movilizar el nivel extremadamente alto de financiamiento voluntario previsto en sus presupuestos. Con respecto a la proporción del financiamiento voluntario que no estaba destinado a fines particulares, en el caso de la OMS era de alrededor de 5%. La OPS había tenido logrado movilizar más contribuciones voluntarias flexibles, que representaban 10% del total.

51. Era importante comprender, sin embargo, que aunque las contribuciones voluntarias no se destinaran a fines particulares, normalmente no podían usarse para financiar puestos. Era importante también entender que, para movilizar más contribuciones voluntarias, la Organización tenía que tener suficiente personal, lo cual significaba que necesitaba contar con fondos suficientes del presupuesto ordinario para pagar sueldos y otros gastos relacionados con los puestos. Por lo tanto, el presupuesto ordinario proporcionaba el apalancamiento que le permitía a la OPS atraer más financiamiento del tipo de contribuciones voluntarias.

52. Una reducción del presupuesto ordinario obstaculizaría no solo la capacidad de la Organización para movilizar contribuciones voluntarias, sino también —y quizá lo que es aún más importante— su capacidad para ejecutar esos fondos. Por lo tanto, la OPS podría encontrarse en la misma situación que la OMS, que se había visto obligada a transferir al

próximo bienio más de \$1.000 millones en financiamiento extrapresupuestario sencillamente porque no tenía el personal necesario para ejecutar las actividades para las cuales se habían proporcionado esos recursos. Esa situación estaba relacionada directamente con la razón inadecuada entre el financiamiento ordinario y extrapresupuestario en el presupuesto de la OMS. En la OPS, aunque la proporción del financiamiento proveniente del presupuesto ordinario venía bajando desde 2006-2007, esa razón todavía era manejable, pero había que proceder con cautela.

53. Con respecto a los proyectos internos financiados por gobiernos, la Directora recalcó que siempre coincidían plenamente con las prioridades estratégicas de la Organización. La mayoría de los proyectos en marcha tenían como finalidad alcanzar los objetivos de Desarrollo del Milenio o fortalecer los sistemas de salud. Uno tenía un componente de cooperación internacional y, por consiguiente, estaba beneficiando a otros países de la Región. Tal como había explicado el doctor Gutiérrez, esos proyectos no implicaban gastos de personal o de otros tipos para la OPS. Sin embargo, los fondos que recibía con esa finalidad contribuían a la cartera de inversiones de la Organización y, por lo tanto, a sus ingresos varios.

54. La Directora deseaba dejar en claro que el incremento de 6,3% en los costos de puestos de plazo fijo no se debía a un aumento de sueldos, que habían permanecido prácticamente congelados en términos reales durante los últimos 12 a 15 años, sino al aumento de los costos del seguro de enfermedad del personal, las contribuciones al fondo de pensiones, los suplementos por costo de la vida y otros costos sobre los cuales la OPS no ejercía ningún control. Agregó que el personal compartía esos costos mediante aportes crecientes para el seguro de enfermedad y los fondos de pensiones.

55. La Oficina se complacería en preparar un cuarto escenario presupuestario de acuerdo con lo solicitado por el Comité. Sin embargo, ningún escenario hipotético cambiaría la realidad de los costos crecientes de los puestos o el hecho de que, sin un aumento en el presupuesto ordinario, la capacidad de la Organización para proporcionar cooperación técnica a los países disminuiría.

56. El Comité Ejecutivo consideró posteriormente el escenario D, preparado por la Oficina, que requería un aumento de 3,5% en las contribuciones señaladas y un aumento de 2,9% del presupuesto total, incluida la parte correspondiente a la contribución de la OMS y los ingresos varios. El doctor Gutiérrez explicó que, en el escenario D, el componente del presupuesto asignado a los puestos aumentaría 6,3% y la parte que no estaba asignada a puestos disminuiría 3,8%. Desglosado por nivel de la Organización, el escenario D daría lugar a una disminución de 21,86% de los fondos del presupuesto ordinario no asignados a puestos del nivel regional, a un aumento de 11,69% a nivel subregional y a un aumento de 3,38% a nivel de país.

57. La Directora dijo que el escenario D daría a la Oficina cierta flexibilidad con respecto al componente del presupuesto que no estaba asignada a puestos. El aumento de la cantidad asignada a nivel subregional —cerca de \$8 millones— compensaría parcialmente la disminución de \$22 millones en la porción regional y, por lo tanto, mitigaría los efectos negativos en la cooperación técnica de la Organización con los Estados Miembros. El escenario C, en cambio, daría lugar a una reducción de 33% en los fondos no asignados a puestos a nivel regional, lo cual comprometería gravemente la capacidad de la Organización para proporcionar cooperación técnica y movilizar y ejecutar contribuciones voluntarias.

58. Se hizo una consulta a la Asesora Jurídica de la Organización para definir si era posible proponer al 49 Consejo Directivo un proyecto de resolución que incluyera, entre corchetes, los escenarios A, B, C y D, a lo que respondió que existía un impedimento legal, toda vez que el Comité Ejecutivo debe presentar una propuesta a consideración del Consejo Directivo (Reglamento Financiero de la OPS, Art. III, párrafo 3.5; y la Constitución de la OPS Capítulo IV, Art. 14, párrafo C).

59. Al cabo de más deliberaciones y consultas de los delegados con las autoridades de sus países, el Comité Ejecutivo optó por el escenario D como la propuesta de proyecto de programa a presentar en el 49.º Consejo Directivo para su aprobación y la escala de cuotas para 2010-2011 sobre esa base (resoluciones CE144.R21 y CE144.R23).

60. La delegada de México observó que las extensas deliberaciones del Comité sobre el presupuesto y su dificultad para llegar a una decisión sobre el asunto reflejaban la aguda conciencia de los Gobiernos Miembros de la necesidad de cerciorarse de que se hiciera un uso responsable de los recursos públicos. Agradeció a la Oficina su reconocimiento de las dificultades económicas que los Estados Miembros estaban atravesando como consecuencia de la crisis mundial y la pandemia de gripe por A (H1N1), así como el reconocimiento de sus inquietudes con respecto al aumento propuesto de las contribuciones. El escenario D, con su propuesta de un aumento mínimo, respondía a esas inquietudes. Exhortó a que la Oficina siguiera realizando una gestión programática y financiera responsable y prudente a pesar de la reducción de la parte del presupuesto que no estaba asignada a puestos.

61. La Directora agradeció al Comité su consideración cuidadosa del proyecto de presupuesto y su aprobación de un escenario que preveía un aumento pequeño de las contribuciones señaladas y que sin embargo representaba un impacto sustantivo para algunos países. La Oficina haría su parte tratando de aumentar la eficiencia y de hacer más con menos, pero deseaba dejar en claro que la OPS no podría seguir haciendo todo lo que estaba haciendo actualmente. Algunas actividades tendrían que reducirse o eliminarse.

62. La Directora agradeció a la delegada de México su elocuente intervención y afirmó que México era indudablemente el país de la Región que más había sufrido los efectos combinados de la crisis económica y la pandemia de gripe. Sin embargo, la pandemia de gripe había puesto de relieve la importancia de las inversiones en la salud y de los mecanismos de protección social fuertes, lo cual era algo positivo. La OPS seguía convencida de que solamente invirtiendo en la gente se podría salir de la crisis. Era especialmente crucial invertir en la “generación de la crisis”, es decir, los niños nacidos en la actualidad, que eran el futuro de la Región. Si las Américas perdían una generación, no solo la crisis sería más penosa y prolongada, sino también los países de la Región seguirían sintiendo su impacto durante muchos años.

Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS modificado (proyecto) (documentos CE144/31 y Documento Oficial 328)

63. El doctor Isaías Daniel Gutiérrez (Gerente del Área de Planificación, Presupuesto y Coordinación de Recursos de la OSP) dijo que el Plan Estratégico de la OPS 2008-2012 había sido modificado a fin de mantener la uniformidad con el Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 de la OMS, que también había sido modificado (véanse los párrafos 286 a 289), actualizar el documento, aclarar algunos de los resultados previstos y simplificar la medición de los indicadores. Los cambios propuestos se resumían en el documento CE144/31 y se ponían de relieve en el Documento Oficial 328.

64. El Comité recibió con beneplácito las modificaciones del Plan Estratégico, aplaudiendo en particular la simplificación de los indicadores y la inclusión de indicadores nuevos en relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el mayor énfasis en el apoyo a la investigación a nivel de país y la inclusión de los párrafos 91 a 94 del documento sobre las estrategias de cooperación en los países, que son cruciales para armonizar la cooperación técnica de la OPS con las necesidades y prioridades de los Estados Miembros. Los delegados hicieron varias sugerencias para pulir el Plan Estratégico y varias delegaciones presentaron comentarios detallados y sugerencias de enmiendas por escrito.

65. Habida cuenta de la pandemia de gripe actual, se sugirió agregar la gripe por A (H1N1) a la lista de las enfermedades con potencial pandémico en el párrafo 72(c) del Plan Estratégico modificado o redactarlo de forma más genérica, haciendo referencia sencillamente a “virus gripales pandémicos”. Un delegado preguntó por qué la meta para el indicador 1.7.1 (número de países que cuentan con planes nacionales de preparación y procedimientos operativos estandarizados para los equipos de respuesta rápida contra la gripe pandémica) no era el 100% de los Estados Miembros.

66. Se solicitó que se aclarara el concepto de “indicadores de mantenimiento” y la justificación de la inclusión de tales indicadores, que no cambiarían con el transcurso del tiempo. También se solicitó que se aclararan los criterios para establecer las metas para

2009, 2011 y 2013 y para determinar el denominador para los puntos de comparación y las metas en los casos en los cuales esa cifra no era 40, como en el caso del indicador 1.7.1 antedicho. Se sugirió agregar un anexo técnico al Plan Estratégico, con explicaciones de la metodología utilizada para establecer los valores de los indicadores y los motivos de las diferencias en los denominadores. Se señaló que contar con información específica sobre los países que constituían el universo estadístico de un indicador particular podría facilitar la planificación de la cooperación técnica entre los países, ya que los países que habían avanzado más en ciertas áreas podrían ayudar a aquellos que hubieran avanzado menos.

67. Una delegada, en vista del importante papel que desempeñaba la OPS en la compra de productos sanitarios en nombre de los Estados Miembros mediante sus diversos mecanismos de adquisiciones y de la medida en que dicha función había aumentado en los últimos años, sugirió que las compras en nombre de los Estados Miembros se incluyeran en las funciones básicas enumeradas en el párrafo 76 del Plan Estratégico modificado.

68. Se hicieron varias preguntas y sugerencias con respecto a indicadores específicos. En relación con el indicador 2.4.3 (número de países que notifican a la OPS/OMS datos de vigilancia de la malaria desglosados por sexo y edad), por ejemplo, se señaló que era fundamental también desglosar los datos sobre la malaria por región o zona geográfica. En cuanto al objetivo estratégico 3, se sugirió que sería útil tener indicadores para los traumatismos no intencionales que no fuesen los ocasionados por las colisiones en las vías de tránsito y para los exámenes preventivos a fin de detectar el cáncer de mama, cervical y colorrectal y otras enfermedades y afecciones. En lo que se refiere al objetivo estratégico 6, un delegado dijo que debería haber un indicador para la actividad física, en tanto que una delegada preguntó por qué se habían suprimido los indicadores relacionados con las grasas trans y la comercialización de alimentos dirigida a los niños (indicadores 6.5.5 y 6.5.6 del plan estratégico no modificado) y si la OPS tenía la intención de seguir trabajando en esas áreas. En lo que respecta al indicador 7.1.1, un delegado preguntó por qué se refería solamente a las recomendaciones de políticas del informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud y sugirió que se incluyeran recomendaciones de otros informes basados en datos probatorios sometidos a arbitraje.

69. El doctor Gutiérrez dijo que la Oficina incorporaría las enmiendas propuestas por el Comité y colocaría una versión revisada del documento en el sitio web de la Organización. Sugirió que se diera un plazo de 10 días a los Estados Miembros para que formularan sugerencias adicionales por medio de SharePoint.

70. Respondiendo a algunas de las preguntas, explicó que los indicadores de mantenimiento estaban relacionados con objetivos que ya se habían alcanzado pero que requerían una acción permanente a fin de mantener el logro. Un ejemplo era la

erradicación de la poliomielitis: era necesario seguir vacunando para mantener a la región de las Américas libre de poliomielitis. Había que incluir tales indicadores en el Plan Estratégico a fin de que se siguieran asignando recursos en el presupuesto de la OPS a las actividades de seguimiento necesarias. Con respecto a las diferencias en los denominadores de algunos indicadores, explicó que, en los casos en que no se mencionaba ningún denominador, se consideraba que el universo era de 40: los 35 países de las Américas, más Francia, los Países Bajos y el Reino Unido, que tenían territorios de ultramar en la Región; Puerto Rico, que era Miembro Asociado de la OPS; y la región de la frontera entre México y Estados Unidos, que se consideraba como una unidad diferente a efectos de la programación. Si un denominador era inferior a 40, eso se debía a que el indicador en cuestión se aplicaba solamente a algunos países o territorios. Tal como se había sugerido, la Oficina agregaría un anexo metodológico y quizá también notas a pie de página para indicar los países o los territorios concernientes a todos los indicadores con un denominador inferior a 40.

71. Con respecto a la sugerencia de que las compras en nombre de los Estados Miembros se agregaran como una función básica, dijo que las funciones básicas no podían cambiarse porque habían sido definidas por la OMS y tenían por objeto ser las mismas, con los ajustes menores que fuesen necesarios, para la Secretaría de la OMS y todas las oficinas regionales. Sin embargo, la función de compras de la OPS podía incorporarse en uno de los objetivos estratégicos.

72. El doctor José Luis Di Fabio (Gerente del Área de Tecnología, Atención de Salud e Investigación de la OSP) dijo que, en el objetivo estratégico 12, “Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias”, se podía agregar un resultado previsto y un indicador en relación con las adquisiciones. La doctora Gina Tambini (Gerente del Área de Salud Familiar y Comunitaria de la OSP) comentó que se podía agregar un indicador relacionado con las compras de vacunas al resultado previsto a nivel regional (RPR) 1, que tenía que ver con el acceso a las vacunas.

73. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Gerente del Área de Vigilancia Sanitaria y Prevención y Control de Enfermedades de la OSP) dijo que la OPS en verdad seguiría trabajando en campos tales como la eliminación de las grasas trans de los alimentos y la comercialización de alimentos dirigida a los niños. Esas actividades se delinearían individualmente en los planes de trabajo bienales de la Oficina, pero en el Plan Estratégico estarían comprendidas en un único indicador general relacionado con los factores de riesgo de trastornos relacionados con el régimen alimentario.

74. Respondiendo a la pregunta sobre los indicadores relacionados con las grasas trans y la comercialización de los alimentos dirigida a los niños, el doctor James Hospedales (Asesor Principal de la OSP sobre prevención y control de enfermedades crónicas) recordó que, en septiembre de 2007, la OPS había organizado una reunión sin precedentes con importantes productores de alimentos, en la cual esas empresas se habían

comprometido a eliminar las grasas trans de sus productos para fines de 2008. La Oficina estaba en comunicación con las empresas, que se habían avenido a presentar datos para validar la eliminación de las grasas trans. La OPS estaba colaborando con la OMS en el tema de la comercialización de los alimentos dirigida a los niños y organizaría una consulta electrónica regional sobre el tema en agosto de 2009.

75. La Directora dijo que, a más tardar el 8 de julio, habría una versión actualizada del documento para que se hicieran comentarios. Recalcó que el Plan Estratégico era un “documento vivo” y seguiría actualizándose y puliéndose según fuese necesario.

76. El Comité Ejecutivo posteriormente aprobó la resolución CE144.R10, en la cual recomendó, sujeto a la incorporación de las revisiones propuestas por el Comité, que el 49.º Consejo Directivo aprobara el Plan Estratégico 2008-2013 modificado.

Nueva escala de cuotas (documento CE144/8)

77. El embajador Lionel Maza (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) presentó el tema de la nueva escala de cuotas y recordó que el Subcomité lo había tratado en marzo y había pedido a la Oficina que proporcionara cifras concretas en dólares además de los porcentajes de cambio en las cuotas de los Estados Miembros. Para responder a ese pedido se había distribuido un documento extraoficial que mostraba las cuotas de 2008-2009 basadas en la escala actual y en la nueva escala. Esas cifras constaban en el documento presentado al Comité. También se había pedido a la Oficina que explicara la forma en que se aplicarían los cambios en el futuro, dado que la Organización de los Estados Americanos revisa sus cuotas cada tres años, mientras que la OPS tiene un ciclo presupuestario de dos años. Se había explicado que no se harían cambios en la mitad de un bienio. Más bien, se aplicarían al bienio siguiente a aquel en el cual hubieran sido aprobados. Por lo tanto, si la revisión siguiente de la escala de contribuciones de la OEA se aprobaba durante el bienio 2010-2011, las cifras revisadas se aplicarían al presupuesto de la OPS para 2012-2013.

78. El señor Román Sotela (Asesor Principal de la OSP sobre gestión del presupuesto por programas) explicó que el cambio en las cuotas era la culminación de un proceso de tres años. De acuerdo con la Constitución de la OPS, la escala de cuotas se basaba en la última escala de cuotas aprobada en la OEA. Como la OEA había adoptado una escala nueva para sus miembros para el período 2009-2011, los Cuerpos Directivos de la OPS decidieron que la OPS adoptaría una escala nueva que entraría en vigor en el bienio 2010-2011.

79. Varios miembros del Comité Ejecutivo expresaron inquietud por la posibilidad de un aumento de las contribuciones señaladas de la OPS en el clima económico actual. Además de la recesión mundial, la economía de algunos países (en particular México) sufría los efectos directos de la pandemia de gripe H1N1, mientras que otros países sufrían efectos indirectos, ya que la pandemia había deprimido el turismo, un componente

básico de su economía. Puesto que se habían preparado diferentes opciones y escenarios hipotéticos para las deliberaciones sobre el proyecto de presupuesto para 2010-2011, los miembros sugirieron que se preparara un escenario adicional para mostrar el efecto de no cambiar las contribuciones señaladas.

80. La Directora recomendó que en el debate se mantuvieran separados los temas de la nueva escala de cuotas y el proyecto de programa y presupuesto. El establecimiento de la escala de cuotas incumbía a la Asamblea General de la OEA y no a los Cuerpos Directivos de la OPS. Era verdad que algunas cuotas estaban aumentando, pero para varios países, en particular los del Caribe, estaban bajando. Los cálculos de las cuotas se habían basado en las expectativas para 2006 y, por lo tanto, no tuvieron en cuenta la notable disminución del producto interno bruto (PIB) de algunos países, como ocurrió en México. Al mismo tiempo, la escala anterior en algunos casos se había basado en cifras del PIB de varios decenios antes y debía actualizarse. De todas maneras, la decisión sobre las cuotas se había tomado al cabo de amplias deliberaciones y negociaciones, y en su opinión la OPS no podía cambiar las cifras que habían sido negociadas por los representantes de los Estados Miembros en la OEA durante tres años.

81. Una delegada apoyó el punto de vista de la Directora de que ahora no se podían cambiar las cuotas propuestas. Otra delegada sugirió que, aunque las nuevas cuotas tendrían que aplicarse en algún momento, la aplicación de la nueva escala tal vez pudiera aplazarse. Comprendía que las cifras se habían aprobado en la OEA, pero opinaba que la situación económica actual de los países exigía que se examinara cada posibilidad.

82. La Directora señaló que el Comité Ejecutivo, en su 140.^a sesión, ya había tomado una decisión sobre el tema de la fecha de entrada en vigor de la nueva escala, habiendo determinado que la OPS empezaría a aplicar la escala en el bienio 2010-2011 (resolución CE140.R5). El 49.º Consejo Directivo podría revocar esa decisión si hubiera suficientes delegaciones que apoyaran el aplazamiento del cambio; sin embargo, predijo que habría una fuerte resistencia a la falta de aplicación de la escala que ya había sido aprobada por la OEA.

83. En las deliberaciones del Comité sobre el proyecto de resolución sobre este tema se sugirió que en la resolución se mencionaran las inquietudes de los Estados Miembros con respecto a la aplicación de la nueva escala de cuotas en el contexto económico actual, pero posteriormente se decidió que era mejor expresar tales inquietudes en una versión revisada del documento de trabajo sobre el tema.

84. Tomando en cuenta lo anterior, el Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE144.R18, en la cual recomendó que el 49.º Consejo Directivo aprobara la nueva escala de contribuciones señaladas a fin de aplicarla al programa y presupuesto para el período presupuestario 2010-2011.

Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable (documento CE144/9)

85. El Presidente pasó al documento CE144/9 y ofreció el uso de la palabra al respecto.

86. El Comité expresó apoyo al proyecto de plan de acción sobre la salud de las personas mayores. Varios delegados señalaron que el plan era compatible con sus políticas y prioridades nacionales en ese campo. Los delegados describieron la situación con respecto al envejecimiento en sus países, observando las repercusiones del envejecimiento de la población en el crecimiento económico y en los sistemas de protección social y atención de salud, y recalcaron la urgente necesidad de programas para ayudar a las personas mayores que vivían en la pobreza. Varios delegados también describieron los programas y las iniciativas que estaban llevando a cabo sus gobiernos para las personas mayores. Un delegado recalcó el papel de la responsabilidad personal en la planificación para hacer frente a la vejez, así como la necesidad de enfoques más modernos, integrados y basados en evidencia de los retos planteados por el envejecimiento de la población. También destacó la necesidad de aumentar la conciencia acerca de los problemas mundiales del envejecimiento y de la importancia de la investigación científica y el diálogo sobre políticas. Otro delegado señaló la importancia de buscar nexos con otras áreas, como las enfermedades crónicas y la salud familiar y comunitaria. Un delegado señaló que era importante aprovechar los aspectos socioculturales positivos de América Latina, donde las familias tradicionales extensas y las estructuras sociales proporcionaban protección y apoyo a las personas mayores. Se recalcó la importancia de la investigación y la difusión de conocimientos sobre la salud de las personas mayores, que constituyen el tema del área estratégica 4 del plan de acción.

87. Un delegado solicitó que se aclarara el significado de la frase “ambientes saludables”, mencionada en el objetivo 2.1 del plan de acción, y sugirió que se modificara la actividad 2.1.6 a fin de que dijese: “Ejecutar proyectos con sus correspondientes presupuestos para la promoción y protección de la salud de las personas mayores mediante la acción a nivel de la comunidad”. Un delegado sugirió que en el proyecto de resolución sobre este tema se mencionara la resolución reciente de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos sobre los derechos humanos de las personas mayores (véase el documento CE144/INF/5-B). Una delegada sugirió que en la resolución se mencionara la decisión de la Quinta Cumbre de las Américas de considerar la posibilidad de elaborar una convención interamericana sobre los derechos de las personas mayores (véase el documento CE144/INF/5-C).

88. La representante del Fondo de Población de las Naciones Unidas dijo que el Fondo había estado trabajando con los gobiernos y con otros organismos de las Naciones Unidas sobre el tema del envejecimiento. Afirmó que, cuando se pusiera en práctica el

plan de acción, sería útil considerar los aspectos de género y las diferencias en la forma en que el envejecimiento afectaba a los hombres y a las mujeres.

89. El doctor José Luis Di Fabio (Gerente del Área de Tecnología, Asistencia e Investigación de Salud de la OSP) agradeció a los delegados sus observaciones y su apoyo al plan de acción. Señaló que el plan se había elaborado en colaboración con los Estados Miembros en el curso de una serie de consultas nacionales y subregionales y, por consiguiente, reflejaba sus criterios.

90. El doctor Enrique García Vega (Asesor Regional de la OSP en materia de envejecimiento sano) observó que, tal como se explicaba en el documento, la Región tenía una “bonificación demográfica” o ventana de oportunidad de 40 años a fin de prepararse para enfrentar los retos del envejecimiento de la población, pero aun así era un período relativamente corto para hacer cambios importantes en los sistemas de salud y seguridad social. Por consiguiente, era indispensable actuar con rapidez. Dijo que estaba de acuerdo con la necesidad de trabajar intensamente con el propósito de ayudar a la gente a prepararse para la vejez. El plan de acción, en el cual se reconocía esa necesidad, así como la necesidad de un enfoque de ciclos de vida, partía de la experiencia de los países de la Región con el control de las enfermedades crónicas y la mejora de la capacidad de las personas mayores para cuidarse a sí mismas. La cooperación entre los países sería un medio importante para difundir las enseñanzas extraídas de esa experiencia y movilizar recursos para actividades encaminadas a mejorar la salud y el bienestar de las personas mayores. La elaboración de indicadores era uno de los aspectos más importantes del trabajo que debía hacerse en ese campo en los próximos años. Actualmente faltaban indicadores porque muchos de los países no tenían los datos primarios necesarios para evaluar los efectos de programas e intervenciones específicos. El propósito de las actividades previstas en el área estratégica 4 era fortalecer la capacidad de los Estados Miembros en ese sentido.

91. La Directora, refiriéndose al tema de la esperanza de vida, dijo que aunque muchos países de la región habían realizado grandes avances en la esperanza de vida en los últimos 25 años, en otros la esperanza de vida seguía siendo inferior a 60 años. Por otro lado, incluso en los países más desarrollados de la Región, algunos grupos tenían una esperanza de vida muy baja. Por esa razón, la OSP preconizaba un enfoque de ciclos de vida, cuyo objetivo era sentar las bases en la niñez para un envejecimiento sano y activo. La meta era prolongar la vida pero también asegurar la calidad de vida.

92. El Comité aprobó la resolución CE144.R13, mediante la cual recomendó que el 49.o Consejo Directivo respaldara el plan de acción.

Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza (documento CE144/10, Rev. 1)

93. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Gerente del Área de Vigilancia Sanitaria y Prevención y Control de Enfermedades de la OPS) presentó el proyecto de resolución sobre el tema, que figura en el documento CE144/10, Rev. 1. Describió los criterios empleados en la selección de las enfermedades desatendidas o relacionadas con la pobreza, a saber: a) factibilidad técnica de eliminación; b) datos probatorios regionales de la eliminación factible; c) eficacia en función del costo de las estrategias e instrumentos; d) inclusión en la agenda inconclusa; y e) relevancia política, es decir, que se reconociera que esas enfermedades revestían importancia para la salud pública y que suscitaban un gran interés a nivel internacional. Sobre la base de esos criterios, las enfermedades se dividieron en tres grupos: a) enfermedades que podrían eliminarse para 2015; b) enfermedades cuya carga podría reducirse drásticamente con los medios disponibles; y c) otras enfermedades que requerían un estudio más pormenorizado y para las cuales había que crear instrumentos y estrategias. El doctor Barbosa da Silva proporcionó detalles sobre las metas y estrategias previstas para combatir las enfermedades objetivo, subrayando la importancia de la acción para reducir las desigualdades en la atención de salud, dado que las enfermedades en cuestión estaban asociadas generalmente con la pobreza y la marginación. También recalcó que todas las metas de eliminación previstas eran las mismas que se habían establecido en resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud o el Consejo Directivo de la OPS.

94. En las deliberaciones subsiguientes, los miembros del Comité recibieron con beneplácito los esfuerzos de la OPS para eliminar las enfermedades desatendidas y aquellas enfermedades que afectaban principalmente a las poblaciones más pobres y con el menor acceso a los servicios de salud. El enfoque propuesto en el documento fue bien recibido, pero un delegado subrayó la necesidad de contar con más datos iniciales a fin de medir la prevalencia de enfermedades y con indicadores del desempeño, en particular con objeto de permitir el seguimiento y la evaluación adecuada de las intervenciones basadas en la quimioterapia preventiva. El mismo delegado recalcó la necesidad de intensificar y continuar el trabajo de investigación y desarrollo para el control de las enfermedades consideradas y destacó la necesidad de una mayor participación local en los programas de control y de estrategias para armonizar las prioridades y la capacidad nacional. Otro delegado, aunque recibió favorablemente el énfasis en la prevención de la enfermedad de Chagas, recalcó también la necesidad de trabajar con la finalidad de proporcionar tratamiento asequible. El Delegado de Haití cuestionó las cifras presentadas en el documento sobre la población en riesgo de filariasis linfática en su país. El Delegado de Estados Unidos de América solicitó que se enmendara el inciso f del preámbulo del proyecto de resolución, “el imperativo ético de eliminar las enfermedades infecciosas que todavía siguen asolando a la población de las Américas, a pesar de que hay intervenciones de salud pública adecuadas y costo-efectivas para combatirlas”, a fin de

que dijera “la importancia de trabajar para eliminar las enfermedades infecciosas que todavía siguen asolando a la población de las Américas a pesar de que hay intervenciones de salud pública adecuadas y costo-efectivas para combatirlas”.

95. El Delegado de Brasil, refiriéndose a la posición adoptada por su país durante la consulta sobre un fondo fiduciario de América Latina y el Caribe para la prevención, el control y la eliminación de las enfermedades desatendidas y otras enfermedades infecciosas, celebrada en diciembre de 2008, y a los comentarios presentados por escrito posteriormente por su gobierno a la Directora de la OPS, expresó dudas acerca de algunos aspectos del enfoque propuesto para las enfermedades desatendidas, en particular la estrategia de quimioterapia preventiva masiva para la filariasis linfática, la esquistosomiasis y la helmintiasis transmitida por contacto con el suelo, que su gobierno consideraba inapropiada e insostenible. Un enfoque mejor consistiría en fortalecer los sistemas de atención primaria de salud como medios principales para diagnosticar y tratar esas enfermedades, combinando la detección pasiva con la búsqueda activa de casos. Tras observar que no se había establecido una meta para la eliminación de la leishmaniasis, destacó la necesidad de medidas encaminadas a reducir la transmisión y las tasas de letalidad de la forma visceral de la enfermedad. Con respecto a la lepra, señaló que la meta de eliminación establecida en el documento CE144/10, Rev. 1, parecía ser diferente de la meta establecida en la estrategia mundial de la OMS para 2011-2015, que era reducir la tasa de casos nuevos de lepra con discapacidad de grado 2 al menos 35% con respecto al nivel de 2011. También recalcó la necesidad de investigaciones y adelantos tecnológicos con el propósito de fomentar la obtención de métodos, materiales y medicamentos nuevos para el diagnóstico, el tratamiento y el control de enfermedades desatendidas o la mejora de los existentes.

96. El doctor Barbosa da Silva aclaró que las cifras sobre la filariasis linfática indicadas en el documento se referían a la población que se consideraba que corría el riesgo de contraer la enfermedad porque vivía en zonas donde las condiciones ambientales favorecían la transmisión, y no a la población infectada. Se modificaría el informe para aclarar la estrategia relativa a la filariasis: la idea no era implementar el tratamiento masivo en todas partes, sino indicar los focos y después iniciar el tratamiento masivo en los casos en que se considerara necesario. En el caso de la helmintiasis y la esquistosomiasis, había indicios de que el tratamiento masivo era eficaz en ciertas áreas de alta prevalencia. La resolución preconizaba enfáticamente la integración de las medidas de eliminación de las enfermedades en la atención primaria cuando fuese posible.

97. Con respecto a la lepra, dijo que, aunque la Asamblea Mundial de la Salud quizá decidiera ajustar la estrategia de eliminación teniendo en cuenta las conclusiones de la sesión reciente de directores de programas mundiales contra la lepra (Nueva Delhi, 20 al 22 de abril de 2009), la estrategia de eliminación actual había sido refrendada por dos resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud que seguían vigentes: WHA44.9 y

WHA60.11. Esta última era la resolución mediante la cual se aprobó el Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 de la OMS, del cual se había extraído el indicador de eliminación de la lepra que aparecía en el documento CE144/10, Rev. 1. Ese indicador había sido reafirmado por la Asamblea de la Salud más reciente cuando respaldó las modificaciones del Plan Estratégico a Plazo Medio (resolución WHA62.11).

98. La Oficina no había incluido la leishmaniasis visceral entre las enfermedades que se trataría de eliminar o incluso de controlar, debido a la dificultad de lograr el consenso con respecto a las metas que podrían alcanzarse para 2015. Además, se necesitaban más investigaciones a fin de crear herramientas para controlar la enfermedad.

99. Con respecto al inciso *f* del preámbulo del proyecto de resolución, explicó que, aunque en general era difícil establecer imperativos en el campo de la salud, la Oficina creía que, en el caso de las enfermedades en relación con las cuales se disponía de métodos de diagnóstico y tratamiento de bajo costo, había un imperativo ético. Respondiendo a las observaciones con respecto a la investigación y el desarrollo, señaló el inciso *e* del párrafo 2 del proyecto de resolución, en el cual se solicitaba a la Directora que promoviera la investigación para el diseño de instrumentos, estrategias y métodos nuevos. La resolución no se centraba específicamente en la investigación porque ya había medios de diagnóstico y tratamiento para la eliminación de varias enfermedades desatendidas, y algunas de hecho ya se habían eliminado en varios países o áreas. No obstante, siempre era importante apoyar el desarrollo científico y tecnológico a fin de mejorar los instrumentos existentes o crear otros.

100. El doctor Barbosa da Silva aseguró al Comité que el documento y el proyecto de resolución se modificarían teniendo en cuenta las observaciones y sugerencias de los delegados.

101. La Directora señaló que, aunque los esfuerzos para eliminar muchas de las enfermedades desatendidas mencionadas en el proyecto de resolución tendrían pocos efectos en los indicadores relacionados con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, esa labor era fundamental para la lucha contra la pobreza, teniendo presente que las enfermedades en cuestión afectaban de forma desproporcionada a las poblaciones pobres y marginadas. Estuvo de acuerdo en que la participación local en las actividades de control era fundamental, especialmente para mejorar las condiciones ambientales que contribuían a la transmisión de las enfermedades desatendidas. También era importante trabajar con el sector privado y promover la ciencia y la tecnología. Aunque se disponía de instrumentos para combatir la mayoría de las enfermedades desatendidas, las innovaciones tecnológicas eran importantes con el fin de elaborar métodos nuevos de diagnóstico y tratamiento. El trabajo con las enfermedades desatendidas y relacionadas con la pobreza era especialmente oportuno en vista de que el aumento de la migración, sumado a las previsiones del cambio climático, tendría grandes repercusiones en la transmisión de enfermedades.

102. El Comité aprobó la resolución CE144.R11 sobre este tema, mediante la cual recomendó que el 49.º Consejo Directivo aprobara una resolución a fin de instar a los Estados Miembros a que se comprometieran a eliminar o reducir para 2015 las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza para las cuales existieran intervenciones.

Política de investigación para la salud (documento CE144/11)

103. El doctor José Luis Di Fabio (Gerente del Área de Tecnología, Atención de Salud e Investigación de la OSP) observó que, en los últimos años, los gobiernos de los países, la OPS/OMS, la comunidad internacional de investigación y otros aliados habían solicitado que se promoviera el establecimiento y fortalecimiento de los sistemas nacionales de investigación de salud y se incrementara la producción y utilización de investigaciones que abordaran las necesidades de salud, equidad y desarrollo. Por lo tanto, había llegado el momento de formular una política que orientara la cooperación técnica de la Organización en las investigaciones para la salud en los próximos años y sentara las bases para la elaboración de estrategias y planes de acción que abordaran las necesidades de la Región.

104. La política también facilitaría la aplicación de importantes estrategias mundiales de investigación, incluida la estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud y la Estrategia Mundial y Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual, y reforzaría las actividades en curso relacionadas con la Declaración de México, emitida en la Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud, y promovería una respuesta regional eficaz al Llamamiento a la Acción del Foro Ministerial Mundial de Bamako sobre Investigaciones en pro de la Salud, el Informe sobre la salud en el mundo 2008 y el informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Resumió los seis objetivos interrelacionados contenidos en la política propuesta de la OPS de investigación para la salud, que se enunciaban en el documento CE144/11, explicando que eran uniformes y actuaban en sinergia con las cinco metas de la estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud, también mencionada en el documento.

105. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el documento en general y el compromiso renovado de la OPS con la investigación, que ayudaría a la Organización a cumplir su misión de encabezar el trabajo estratégico en colaboración para promover la equidad en el campo de la salud, combatir las enfermedades y mejorar la calidad de vida de los habitantes de las Américas. Varios delegados advirtieron, sin embargo, que una ampliación de las investigaciones realizadas por la propia OPS podría conducir a una duplicación de esfuerzos y a una dilución de recursos. Se recalcó que el punto fuerte de la OPS consistía en plasmar los resultados de la investigación en asesoramiento técnico para los Estados Miembros, en lugar de realizar una tarea de investigación pura.

106. Los delegados pidieron aclaraciones de varios aspectos de la política. Por ejemplo, el inciso *c* del párrafo 25 de la política decía que la OPS crearía incentivos para apoyar las actividades de investigación, pero no se definía la naturaleza de esos incentivos ni se indicaba cómo se distribuirían. De manera análoga, el inciso *b* del párrafo 27 decía que la OPS ayudaría a los Estados Miembros a crear estructuras apropiadas de gobernanza de la investigación, pero no se definía la naturaleza de tales estructuras.

107. Se expresó preocupación con respecto a las metas de financiamiento planteadas en los párrafos 27(*d*) y 37. Un delegado observó que esas metas eran para los países en desarrollo, pero no todos los países de la Región lo eran. Sugirió que se instara a los Estados Miembros a que apartaran fondos y los dedicaran a la investigación para la salud en lugar de exigir que se comprometieran a alcanzar metas específicas. Al mismo tiempo, se expresó apoyo a la recomendación de que 5% del presupuesto básico y de las contribuciones voluntarias de la OPS se usaran para apoyar la investigación, aunque se señaló que las implicaciones financieras reales de esa recomendación no se reflejaban en el documento.

108. Una delegada afirmó que el liderazgo de los ministerios de salud era la única manera de vincular la investigación y la innovación con las prioridades del desarrollo social y la salud pública y procurar la uniformidad en la asignación de recursos financieros y la formación de recursos humanos. También sugirió que se agregara un inciso nuevo (*g*) al párrafo 22 de la política, que dijera: “promover mecanismos participativos para la evaluación de la política de investigación para la salud”.

109. Otra delegada solicitó más pormenores sobre la complementariedad de la estrategia propuesta con el Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual y con la estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud. También pidió que se aclarara la forma en que la OPS, según se afirmaba en el inciso *e* del párrafo 31, “facilitará la comunicación y la coordinación entre los sectores de salud pública e industrial para fomentar la generación de productos y procedimientos nuevos que aborden las prioridades pertinentes”. Recibió con beneplácito el párrafo 20 de la política, que planteaba la necesidad de apoyar un método de investigación inclusivo y multisectorial, y destacó la importancia de los enfoques comunitarios participativos que promoverían la participación de los indígenas en la investigación, incluido el uso de los conocimientos tradicionales.

110. El doctor Di Fabio afirmó que todas las observaciones del Comité ayudarían a mejorar tanto el documento como el proyecto de resolución. En particular, señaló que habría que revisar el documento a fin de presentar con mayor claridad algunos de los asuntos presupuestarios.

111. El doctor Luis Gabriel Cuervo Amore (Asesor Principal de la OSP sobre promoción y desarrollo de la investigación) recalcó que el tema principal de la política no

era que la OPS en sí se convirtiera en un órgano de investigación, sino ayudar a crear la capacidad en los Estados Miembros para usar los resultados de la investigación a fin de indicar los campos en los cuales se necesitaban más investigaciones y reducir las disparidades existentes integrando los conocimientos adquiridos en la adopción de decisiones.

112. La Directora afirmó que, aunque la Organización había realizado investigaciones durante muchos años, incluso sobre enfermedades tropicales, la reproducción humana, etc., no tenía una política adecuada para determinar los enfoques más útiles y los mecanismos más apropiados para fomentar el progreso. La Organización tenía la intención de seguir teniendo componentes de investigación en sus diversas actividades pero armonizados en el marco de una política, de modo que los Estados Miembros pudieran estar seguros de que la política de la OPS reflejara sus propias necesidades nacionales y pudieran asumirla como propia. En consecuencia, era muy importante formular una política que abarcara dos aspectos diferentes de la investigación: la generación de conocimientos y el uso de esos conocimientos.

113. Refiriéndose a la explicación solicitada acerca de los incentivos, dijo que algunos países habían tenido experiencias fructíferas con el uso de pequeñas subvenciones para orientar las investigaciones hacia temas prioritarios; por ejemplo, con el apoyo a estudiantes universitarios o de posgrado que estaban preparando tesis sobre esos temas. La OPS también había estado colaborando con la Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF), que tenía un programa de pequeñas subvenciones para orientar la investigación hacia temas un tanto desatendidos cuya importancia estaba perfilándose, como la obesidad de los niños o ciertos aspectos de las enfermedades crónicas.

114. En cuanto a lo que se entiende por “estructuras de gobernanza de la investigación”, la OPS, junto con otros organismos interamericanos y de las Naciones Unidas, estaba trabajando estrechamente para apoyar y fortalecer a los organismos nacionales responsables de la ciencia y la tecnología, muchos de los cuales tenían solo nexos débiles con los ministerios de salud y el sector de la salud en general. Por lo tanto, sus programas de investigación tendían a pasar por alto las prioridades del sector de la salud, tal como revelaban diversos estudios realizados para conferencias internacionales pertinentes como las de ciudad de México y Bamako.

115. Cuando el Comité consideró el proyecto de resolución sobre este tema (documento CE144/11, anexo C), diversas delegaciones propusieron varios cambios. Por ejemplo, una delegación deseaba que la resolución contuviera una disposición para aumentar al máximo la disponibilidad gratuita e irrestricta de información sanitaria en el dominio público, en tanto que otra consideraba que tal disposición podría infringir la obligación de proteger los datos enunciada en el Acuerdo sobre los Derechos de Propiedad Intelectual Relativos al Comercio (Acuerdo sobre los ADPIC). Una delegación opinó que la resolución debía exhortar a la OPS a que proporcionara suficientes recursos

básicos para la implementación de la política de investigación para la salud y para el Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual, a fin de evitar que la asignación de recursos a una de esas áreas implicara una reducción en los recursos asignados a la otra. Una delegación opinó que el financiamiento del Plan de Acción era otro tema y que no había ninguna necesidad de mencionar la salud pública, la innovación y la propiedad intelectual en una resolución acerca de la política de investigación para la salud. Otra delegación opinó que en la resolución se debía hacer un llamamiento a la formulación de una posible norma para la divulgación de los datos económicos de los fármacos registrados para la venta, incluido el costo de la investigación y el desarrollo, en tanto que otra dijo que la divulgación de tales datos objeto de derechos de propiedad industrial sería ilegal en su país porque infringiría las disposiciones antimonopolio.

116. En las deliberaciones subsiguientes, la delegación que había propuesto la última disposición modificó su propuesta, explicando que su intención era promover la creación de mecanismos de transparencia para la divulgación de información que pudieran ser útiles para el desarrollo de productos y explicó la relación de su propuesta con varias disposiciones de la propia política.

117. Habida cuenta de las grandes divergencias de opinión de las delegaciones, se formó un grupo de redacción integrado por las delegaciones de Bolivia, México, Suriname y Estados Unidos de América.

118. Durante la reunión del grupo de redacción, las delegaciones expresaron sus puntos de vista con respecto a los temas de propiedad intelectual. Tras el debate correspondiente, las delegaciones consensuaron las modificaciones en función de las propuestas que habían realizado.

119. Posteriormente se presentó al Comité Ejecutivo una versión enmendada del proyecto de resolución elaborada por ese grupo, que fue aprobada sin modificaciones como resolución CE144.R19, mediante la cual se recomendó que el 49.º Consejo Directivo respaldara la política de la OPS de investigación para la salud.

Estrategia y plan de acción sobre salud mental (documento CE144/12)

120. El Presidente abordó el documento CE144/12 y ofreció el uso de la palabra.

121. El Comité expresó apoyo a la estrategia y el plan de acción sobre salud mental, que se consideraban como medios para alcanzar metas internacionales y regionales en ese campo, promover la buena salud mental, prevenir los trastornos y mejorar el acceso a los servicios de salud mental. Varios delegados describieron la experiencia de sus países con los servicios y dijeron que estaban dispuestos a colaborar con otros Estados Miembros en iniciativas de salud mental. Se recalcó la necesidad de cooperación técnica, incluida la cooperación técnica entre países, para los programas de salud mental, así como la necesidad de movilizar financiamiento para tales programas. Se expresó apoyo a la

propuesta formulada en el anexo F del documento de formar alianzas con otros organismos internacionales con objeto de movilizar fondos.

122. La referencia en el área estratégica 2 a los entornos saludables, como las escuelas y comunidades, fue bien recibida y se puso de relieve la importancia del lugar de trabajo como área focal para la detección de trastornos de salud mental y las intervenciones. Se elogió el reconocimiento en el documento del tema de la comorbilidad en los pacientes de salud mental. Se destacó la naturaleza multisectorial de los problemas de salud mental y la necesidad de integrar las intervenciones en diferentes entornos y grupos etarios.

123. Se expresó un apoyo decidido a los modelos de salud mental comunitarios y a los enfoques culturalmente específicos, en particular para los pueblos indígenas. Se recalcó la necesidad de investigaciones sobre la salud mental de las poblaciones autóctonas y se sugirió que, en el inciso *g* del párrafo 2 del proyecto de resolución sobre este tema, se hiciera un llamamiento a la investigación con un enfoque intercultural. También se expresó apoyo a la propuesta incluida en la actividad 4.1.2 de crear un grupo de trabajo regional para apoyar la organización de la capacitación en materia de salud mental. Se destacó la función que los centros colaboradores de la OMS en la Región podrían desempeñar en ese sentido.

124. La recopilación de datos y la vigilancia epidemiológica con respecto a la salud mental se consideraron esenciales. Era especialmente importante contar con datos exactos sobre los problemas de salud mental que afectaban a los jóvenes y se recalcó la utilidad de compartir experiencias y mejores prácticas con respecto a la prevención del abuso de sustancias psicotrópicas entre los jóvenes.

125. El Comité expresó preocupación por ciertos aspectos específicos del plan, en particular algunos de los indicadores. Se citaron como ejemplos los indicadores relacionados con la evaluación integral de los sistemas de salud, la mejora de los sistemas nacionales de información y el área estratégica 3. Se sugirió que cada país seleccionara los indicadores que fueran más representativos de sus circunstancias particulares. También se señaló que no había ninguna referencia en el documento a los riesgos para la salud mental asociados con el número creciente de personas mayores que cuidaban a otras personas mayores y se sugirió que se tuviera en cuenta este tema cuando se revisara el documento. Algunas delegaciones indicaron que presentarían comentarios adicionales sobre el plan por escrito.

126. En vista de que la estrategia y el plan de acción se basaban en una perspectiva general de la Región, una delegada dijo que, a fin de evitar la extrapolación automática de conceptos, modelos de atención y estructuras institucionales, cada país debía evaluar su propio sistema de salud mental usando la metodología estandarizada de la OMS si así lo deseaba. Su gobierno consideraba que la actividad 1.1.4 que se proponía a nivel nacional no era apropiada porque constituiría una intromisión en las políticas públicas de

cada país e iba más allá del objetivo específico de la OPS, que era proporcionar apoyo técnico para la acción local.

127. El doctor José Luis Di Fabio (Gerente del Área de Tecnología, Atención de Salud e Investigación de la OSP) agradeció a los delegados sus sugerencias con respecto al plan de acción y su voluntad de colaborar con la Oficina para mejorar los indicadores.

128. El doctor Jorge Rodríguez (Asesor Principal de la OSP sobre salud mental, discapacidades y rehabilitación) dijo que, para la preparación de la estrategia y plan de acción, la Oficina había recibido información y contribuciones de muchos Estados Miembros, así como de centros colaboradores y otras organizaciones. El aporte continuo de los Estados Miembros sería importante no solo para mejorar el plan de acción, sino también para ejecutarlo, aprendiendo de la experiencia de los países de la Región. Reconoció la utilidad de la cooperación horizontal y señaló que algunos países de la Región ya estaban llevando a cabo actividades de cooperación de ese tipo. Estuvo de acuerdo en que era necesario mejorar algunos de los indicadores, lo cual era un tema complejo en vista de la brecha enorme de información, debido a la cual era difícil tener indicadores adecuados para todos los países. El área estratégica 5 del plan de acción procuraba precisamente reducir esa brecha. El plan también procuraba reducir las disparidades en los recursos, la mayoría de los cuales todavía se concentraban en los hospitales psiquiátricos. También estuvo de acuerdo en que la salud mental era una cuestión transversal y que se necesitaban enfoques interprogramáticos, los cuales, observó, podrían facilitar la movilización de recursos. La integración de la salud mental en los sistemas de salud generales sería la clave para la modernización de los servicios de salud mental.

129. El Comité aprobó la resolución CE144.R8, sujeta a la revisión del plan de acción antes de la próxima sesión del Consejo Directivo.

Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes (documento CE144/13, Rev. 1)

130. El Presidente pasó al documento CE144/13, Rev. 1, y ofreció la palabra.

131. Los delegados expresaron apoyo al plan de acción y describieron algunas de las iniciativas de salud de los adolescentes y los jóvenes que se estaban llevando a cabo en sus países. Se elogió el enfoque interprogramático del plan integrado. Varios delegados señalaron que había claras coincidencias entre este plan de acción y otras estrategias, planes e iniciativas para la Región y recalcaron la necesidad de que la OSP y las representaciones mantuvieran la coordinación y una comunicación fluida entre todos los programas y trabajaran con otros organismos del sistema de las Naciones Unidas en la ejecución del Plan. Se recalcó la importancia de integrar las actividades financiadas por donantes, mancomunar los recursos y armonizar los instrumentos.

132. Una delegada observó complacida que se había usado la Convención sobre los Derechos del Niño, de las Naciones Unidas, como base para el plan de acción y recomendó que se pusiera de relieve la participación de los jóvenes. Un delegado recalcó la necesidad de reconocer los derechos y las responsabilidades de los padres y otras personas legalmente responsables por los adolescentes de proporcionar una orientación y guía apropiada sobre temas sexuales y reproductivos, la actividad física, el régimen alimentario y los riesgos del abuso de sustancias psicotrópicas y otros comportamientos. Agregó que las escuelas podían efectuar una contribución importante a la salud y el bienestar de los jóvenes.

133. El Delegado de México apeló a la OPS para que ayudara a los países a combatir la influencia de las poderosas empresas multinacionales cuyos productos, incluidos el alcohol y el tabaco, tenían un efecto perjudicial en la salud de los menores. Señaló también que su país tendría dificultades para trabajar con la gama de edades de 10 a 24 años propuesta en el plan de acción, dado que el ministerio de salud de su país aplicaba criterios diferentes en lo que concierne a la edad en los programas dirigidos a los jóvenes.

134. Se hicieron varias sugerencias con respecto a metas e indicadores específicos del plan de acción. También se propusieron varias enmiendas al proyecto de resolución sobre el tema. En particular, se recalcó la necesidad de procurar la uniformidad en el uso de los términos “adolescentes”, “juventud” y “jóvenes” y de indicar claramente los grupos destinatarios de las actividades propuestas. A este respecto, un delegado sugirió que algunos de los términos y siglas mencionadas en el plan de acción se definieran más claramente en un anexo; por ejemplo, los términos “adolescentes”, “juventud” y “países de alto impacto”. Se expresó preocupación porque algunas de las metas, a pesar de ser loables, quizá tuviesen un alcance demasiado grande para que la OPS pudiera alcanzarlas por sí sola, como la meta relacionada con la reducción de las muertes por accidentes de tránsito. Varias delegaciones indicaron que presentarían comentarios y sugerencias adicionales por escrito.

135. La representante del Fondo de Población de las Naciones Unidas elogió a la OPS por su liderazgo en el campo de la salud de los adolescentes y los jóvenes, observando que había desempeñado una función crucial en la coordinación de los diversos organismos de las Naciones Unidas. Reseñó algunas de las formas en que el FNUAP había estado colaborando con la OPS con el transcurso de los años en la promoción de la salud de los adolescentes y los jóvenes y subrayó la necesidad de programas para responder a las necesidades especiales de la salud física y mental de los jóvenes en el grupo de 20 a 24 años de edad.

136. La doctora Gina Tambini (Gerenta del Área de Salud Familiar y Comunitaria de la OPS) dijo que el plan de acción se había elaborado con la participación de los interesados directos, funcionarios de la OPS, organismos de las Naciones Unidas, homólogos subregionales y nacionales, adolescentes y jóvenes. La OPS estaba haciendo

todo lo posible para que los asesores técnicos a nivel de país trabajaran de una manera más integrada con objeto de facilitar la coordinación en campos que fuesen importantes para los países, especialmente con respecto a los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la acción dirigida a grupos vulnerables, entre ellos los jóvenes y los adolescentes.

137. Respondiendo a una observación acerca de los recursos para ejecutar el plan, dijo que la OPS atribuía gran importancia al objetivo estratégico 4 del Plan Estratégico de la Organización. Se estaba trabajando en el fortalecimiento del apoyo financiero para ese objetivo, especialmente con recursos extrapresupuestarios. La Oficina se había comprometido a colaborar con todos los países de la Región con miras a compartir experiencias y señalar las oportunidades de cooperación horizontal. La coordinación era un gran reto pero se estaba avanzando con nuevos modelos de gestión. El plan de acción permitiría a los países y organizaciones colaborar más estrechamente. El establecimiento de grupos horizontales en toda la Oficina también facilitaría un enfoque integrado.

138. La doctora Matilde Maddaleno (Asesora principal de la OSP sobre salud de los adolescentes) dijo que había tomado nota de las recomendaciones formuladas por los delegados. Comprendía que el plan de acción era de muy gran alcance pero que su gran fortaleza era que se basaba en un acuerdo interinstitucional. Los funcionarios de la OPS se habían reunido con representantes de todos los organismos de las Naciones Unidas de la Región, que habían expresado su conformidad con la acción a realizar y con el financiamiento del plan. Gracias a la mancomunación de recursos para la primera encuesta del Caribe, se disponía de alrededor de \$1 millón. Aunque esos fondos no llegarían directamente a la OSP, los organismos participantes colocarían los recursos en diferentes países para la segunda encuesta del Caribe. Además, se disponía de \$9 millones en Honduras para un proyecto sobre la salud sexual y reproductiva que llevarían a cabo conjuntamente el FNUAP, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la OSP. La Oficina estaba colaborando con el organismo de cooperación de España en una iniciativa para los jóvenes indígenas. Refiriéndose a la inquietud expresada acerca de las gamas de edades, explicó que los organismos interesados estaban trabajando para alcanzar el consenso con respecto a las edades que se usarían a efectos del programa y de los informes.

139. La doctora Socorro Gross (Subdirectora de la OSP) observó que el plan de acción era particularmente importante en la coyuntura actual, considerando, por un lado, la “bonificación demográfica” de la Región y, por el otro, las tasas elevadas de mortalidad materna, de infección por el VIH/sida, de lesiones intencionales y no intencionales y de suicidios en los adolescentes y los jóvenes.

140. El Comité aprobó la resolución CE144.R6 sobre este tema.

Plan de acción para la ejecución de la política en materia de igualdad de género (documento CE144/14)

141. El embajador Lionel Maza (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) presentó el tema e informó que el Subcomité había recibido con beneplácito el plan de acción y consideraba que era completo, innovador y bien pensado, aunque también se habían señalado varias áreas en las cuales podía mejorarse. En particular, se había señalado que algunos de los indicadores propuestos debían aclararse, ampliarse o reorientarse. Se había instado a la Oficina a que identificara indicadores elaborados por otras organizaciones internacionales o por entidades nacionales que pudieran ser útiles para la vigilancia del progreso en la ejecución de la Política en Materia de Igualdad de Género. Se había recalcado la necesidad de que los indicadores fueran comparables entre todos los países y pudieran servir de base para la adopción de decisiones. Varios delegados habían señalado que el plan de acción propuesto ofrecía grandes oportunidades para la colaboración entre los países y habían recalcado la utilidad de compartir la experiencia y las enseñanzas extraídas de las iniciativas de igualdad de género llevadas a cabo a nivel de país.

142. El Comité Ejecutivo expresó un firme apoyo al plan de acción propuesto, que consideró como un marco integral para la continuación del trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana y los Estados Miembros en pro de la equidad de género. Las áreas estratégicas del plan se consideraban claras y factibles y se reconocía su contribución potencial a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y de otras metas relacionadas con la igualdad de género. El Comité recalcó la necesidad tanto de la OPS como de los Estados Miembros de asignar recursos suficientes y de contar con la infraestructura y la capacidad necesarias para ejecutar el plan. Varios delegados describieron la política y las iniciativas legislativas de sus países encaminadas a lograr la igualdad de género en la salud reproductiva y otras áreas.

143. Se elogió el liderazgo de la OPS con respecto a la igualdad de género en el campo de la salud, tal como se describe en el anexo A-2 del documento CE144/14. Se señaló que dos miembros del Comité Ejecutivo —Bolivia y México— habían ganado el concurso anterior de la OPS de integración del género en el sector de la salud. El concurso fue bien recibido como medio para compartir experiencias fructíferas y establecer la base de datos de prácticas óptimas de la Organización en materia de integración de la perspectiva de género.

144. Se propusieron varias mejoras adicionales para los indicadores del plan de acción. Por ejemplo, debían incorporarse indicadores a fin de evaluar la calidad de las actividades propuestas. En el caso de los indicadores correspondientes al objetivo 1.1, podía agregarse un indicador para evaluar la calidad del análisis de género realizado en la edición de 2012 de *Salud en las Américas*. Se señaló que era necesario continuar trabajando en el indicador relativo a las contribuciones de la atención de salud no

remunerada en las cuentas nacionales de salud a fin de especificar la naturaleza precisa de esas contribuciones y la forma en que se reflejarían en las cuentas. También se sugirió que se reorientaran algunos indicadores: por ejemplo, el indicador relativo a los instrumentos para el análisis de género y salud mencionados en el objetivo 2.1 debía medir no solo la frecuencia de su uso sino también si eran beneficiosos para los usuarios y si conducían a mejoras reales.

145. El Delegado de Estados Unidos de América sugirió que la Oficina y los Estados Miembros utilizaran el sistema de su gobierno de datos en línea para consultas rápidas sobre la salud (www.healthstatus2010.com/owh/), que servía para obtener rápidamente y analizar datos sobre el sexo, la raza, el grupo étnico, la edad y otras variables demográficas a fin de utilizarlos en la formulación de políticas, entre otras cosas.

146. Con miras a promover el enfoque de “Una ONU” en la integración del género en las políticas públicas, el Delegado de Suriname sugirió que se agregara un nuevo párrafo en la parte dispositiva del proyecto de resolución sobre este tema, en el cual se hiciera un llamamiento a los Estados Miembros y a la Directora para que promovieran y fortalecieran alianzas con otros organismos de las Naciones Unidas y con otras organizaciones para apoyar la ejecución del plan de acción.

147. La doctora Marijke Velzeboer-Salcedo (Asesora principal de la OSP sobre género, etnicidad y salud) agradeció al Comité su apoyo al plan de acción y dijo que la Oficina había consultado ampliamente con los representantes de los Estados Miembros durante la preparación del plan, el cual era flexible y podía modificarse y perfeccionarse según fuera necesario a medida que se pusiera en práctica. La Oficina era consciente de que algunos de los indicadores seguían siendo débiles y estaba trabajando para fortalecerlos. En el caso del indicador relacionado con las cuentas nacionales de salud, se había programado una reunión con algunos de los “grandes pensadores” en este campo para formular una estrategia con la finalidad de incorporar la contribución del trabajo no remunerado. Se esperaba que esa estrategia condujera a mejores indicadores.

148. Estuvo de acuerdo en que era importante incluir indicadores para determinar los efectos de las actividades realizadas. Como ejemplo de tales efectos mencionó una iniciativa de capacitación sobre el análisis de género llevada a cabo en el Caribe, de la cual había surgido un perfil de la infección por el VIH con una perspectiva de género que se usaría para mejorar la política pública sobre la infección por el VIH/sida. Con respecto al indicador relacionado con el análisis de género en la publicación emblemática de la OPS, *Salud en las Américas*, señaló que el volumen regional había recibido una calificación alta en una evaluación de la OMS de la edición de 2007, pero en los capítulos de los países se habían señalado carencias en cuanto a la desagregación de los datos y el análisis de la información con una perspectiva de género y etnicidad. La Oficina estaba trabajando para corregir esas deficiencias en la edición de 2012.

149. La doctora Velzeboer-Salcedo felicitó a Bolivia y México por haber ganado el concurso de integración de la perspectiva de género, observando que Bolivia había ganado el premio dos veces, e instó a todos los Estados Miembros a que siguieran contribuyendo sus experiencias a la base de datos de mejores prácticas de la Organización.

150. Por último, recibió con beneplácito la enmienda propuesta por Suriname y aseguró al Comité que la OPS estaba trabajando en estrecha colaboración con otros organismos del sistema de las Naciones Unidas en la integración de la perspectiva de género.

151. La Directora dijo que la Organización también estaba colaborando con otras organizaciones del sistema interamericano y con una red de ONG involucradas en temas relativos a la integración de la perspectiva de género y el empoderamiento de la mujer. Recibió con beneplácito el trabajo en curso a nivel nacional encaminado a impulsar la igualdad de género en el campo de la salud. Las personas que estaban trabajando en esas iniciativas serían socios valiosos para la Oficina en la ejecución del plan de acción.

152. El Comité respaldó el plan de acción y aprobó la resolución CE144.R4.

Marco de política para la donación y el trasplante de órganos humanos (documento CE144/15, Rev. 1)

153. El Presidente pasó al documento CE144/15, Rev. 1, y ofreció la palabra.

154. El Comité recibió con beneplácito los esfuerzos de la OPS orientados a elaborar un marco de política para la donación y el trasplante de órganos humanos y subrayó la necesidad de sistemas reguladores fuertes basados en principios éticos para garantizar la seguridad de la recuperación y el trasplante de órganos y el acceso equitativo a células, tejidos y órganos donados. También se recalcó la importancia de desincentivar el comercialismo en este campo y de promover la donación altruista, así como la importancia de lograr la autosuficiencia nacional en la donación de órganos. Los delegados destacaron la necesidad de promover la donación de órganos de personas fallecidas y garantizar la protección de los donantes vivos, así como su seguimiento y atención después del trasplante.

155. Una delegada cuestionó el énfasis que se daba en el documento y en el proyecto de resolución a las directrices y recomendaciones de la Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante (RDCIT), señalando que no todos Estados Miembros de la OPS formaban parte de la RDCIT. Instó a la Oficina a que basara el marco de política en los Principios Rectores revisados de la OMS sobre Trasplante de Células, Tejidos y Órganos Humanos. También señaló que muchos de los países europeos mencionados en el párrafo 4 del documento, cuyas tasas de donación de órganos se instaba a los Estados Miembros de la OPS a que alcanzaran, tenían políticas basadas en la presunción de consentimiento,

a diferencia de muchos países de las Américas. Opinó que se debería instar a los Estados Miembros de la OPS a que aumentaran las tasas de donación mediante una labor de concientización, promoviendo la capacitación de los coordinadores de trasplantes y otras medidas.

156. El Delegado de Haití preguntó por qué en el inciso *f* del párrafo 2 del proyecto de resolución se hacía referencia específicamente a los países del Caribe de habla inglesa en vez de los países del Caribe en general. También preguntó si debía entenderse que las referencias en la resolución a “células humanas” incluían las células madres embrionarias. En vista de que el uso de tales células todavía era un tema polémico en todo el mundo, creía que, en el texto de la resolución, se debía indicar claramente que la referencia a las células humanas no abarcaba las células embrionarias.

157. El Comité expresó un firme apoyo a los Principios Rectores de la OMS sobre Trasplante de Células, Tejidos y Órganos Humanos; sin embargo, algunos miembros opinaron que, como la 62.^a Asamblea Mundial de la Salud había aplazado la consideración de los Principios Rectores revisados hasta 2010, sería prematuro que los Cuerpos Directivos de la OPS adoptaran una resolución sobre el tema. Un delegado preguntó si, en caso de que el 49.^o Consejo Directivo fuera a aprobar una resolución, sería necesario aprobar otra después que los Principios Rectores fueran aprobados por la Asamblea de la Salud.

158. El doctor José Luis Di Fabio (Gerente del Área de Tecnología, Asistencia e Investigación de Salud de la OPS) señaló que los Principios Rectores revisados habían sido tratados por el Consejo Ejecutivo de la OMS y se había aprobado una resolución. Cuando la Oficina preparó su documento y proyecto de resolución, partió del supuesto de que el documento del Consejo Ejecutivo y la resolución irían a la Asamblea Mundial de la Salud para su aprobación en mayo de 2009. Como los Miembros sabían, eso no había ocurrido. Sin embargo, dada la importancia del tema, se había considerado aconsejable seguir adelante con el análisis del asunto en la OPS y proponer un proyecto de resolución que proporcionara un marco para el trabajo en curso tanto en la Oficina como en los Estados Miembros. Desde luego, el Comité podía aplazar la aprobación de una resolución a nivel regional hasta que la Asamblea Mundial de la Salud aprobara los Principios Rectores revisados. En cualquier caso, la OPS seguiría prestando apoyo a los Estados Miembros con respecto a la donación y el trasplante de órganos, recalcando en particular la necesidad de implantar medidas jurídicas apropiadas, basadas en los Principios Rectores, para regular la donación y el trasplante de órganos y garantizar el acceso equitativo a los órganos donados. Con respecto a si se necesitaría una nueva resolución en 2010, creía que no porque los Principios Rectores a los que se hacía alusión en la resolución ya existían, puesto que habían sido aprobados en 1991. La Asamblea Mundial de la Salud sencillamente estaría aprobando una actualización de los Principios.

159. El doctor Di Fabio aclaró que la referencia en la resolución a “células humanas” no incluía las células madres embrionarias, precisamente porque ese tema todavía estaba en discusión, y dijo que se cambiaría la referencia a los “países del Caribe de habla inglesa” y en cambio se haría referencia a todos los países del Caribe.

160. El Comité aprobó la resolución CE144.R12 sobre el tema.

Salud y turismo (documento CE144/16)

161. El Presidente pasó al documento CE144/16 y ofreció la palabra.

162. El Comité subrayó la importancia del turismo para el desarrollo sostenible de los países de la Región, considerando especialmente la actual crisis económica internacional, la pandemia de gripe H1N1 y la aparición y reemergencia de otras enfermedades transmisibles tales como el dengue. También reconoció la función del turismo como medio para crear riqueza y de ese modo mejorar la salud de la gente en las zonas turísticas. Se destacó la pertinencia de la iniciativa de la OPS sobre la salud y el turismo en lo que concierne a la Declaración de Compromiso de Puerto España para asegurar el futuro de nuestros ciudadanos promoviendo la prosperidad humana, la seguridad energética y la sostenibilidad ambiental, aprobada recientemente en la Quinta Cumbre de las Américas.

163. Se señaló el turismo de salud, especialmente para recibir trasplantes, como tema que suscitaba graves preocupaciones con respecto a la equidad y el acceso a la atención de salud. La delegada de Argentina observó que los países del Mercado Común del Sur (MERCOSUR) habían firmado un acuerdo a fin de parar y sancionar el turismo cuya única finalidad fuese recibir trasplantes. También recalcó la necesidad de concientizar a los turistas sobre la necesidad de tomar precauciones a fin de evitar posibles riesgos para la salud, en particular cuando viajaban al exterior, donde quizá no pudieran recibir atención con rapidez.

164. Algunos delegados opinaron que el documento sobre este tema carecía de claridad y foco y recomendaron que se revisara y se hiciera más explícito antes de presentarlo al Consejo Directivo. Se señaló, por ejemplo, que era necesario definir frases tales como “salud del turista” y “turismo de salud” y aclarar la conexión entre el análisis de la situación general y la propuesta para establecer un foro regional sobre turismo de salud. Con relación a esto último, se señaló que, aunque las funciones del foro se describían en líneas generales, el documento no indicaba cómo podrían abordarse los diversos temas mencionados. También se señaló que en el proyecto de resolución se solicitaba a la Directora que preparara un plan de acción regional pero que en el documento no se proponían objetivos, indicadores o actividades provisionales para tal plan. Se recalcó que todo plan de acción que llegara a formularse debía vincularse a otros interesados directos en el marco de la Organización de los Estados Americanos. Un delegado, refiriéndose a los incisos *b* y *e* del párrafo 4 del documento, dijo que el tema del turismo sostenible

estaba fuera del ámbito de competencia de la OPS. Varios delegados opinaron que se habían subestimado seriamente las implicaciones financieras del proyecto de resolución sobre este tema, en particular considerando la pandemia de gripe y el costo que representaba para las zonas turísticas, e instaron a la Oficina a que revisara las cifras del presupuesto antes del Consejo Directivo.

165. El doctor Luiz A. Galvão (Gerente del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental de la OPS) agradeció a los delegados sus observaciones y sugerencias. La Oficina estudiaría los acuerdos y mandatos existentes en el campo de la salud y el turismo que pudieran ser útiles para la preparación de la versión definitiva del documento. Con respecto al mandato de la OPS en el área del turismo sostenible, se refirió a los aspectos sanitarios que influían en la sostenibilidad del turismo, como la inocuidad del agua y la calidad de los alimentos. La Oficina revisaría el documento para dejar en claro que su apoyo al turismo sostenible era sólo un aspecto de su trabajo en la salud y el turismo. Con respecto a los costos, señaló que el trabajo de la Oficina tenía como finalidad apoyar la acción actual y facilitar el diálogo regional, y no llevar a cabo una intervención técnica. Por eso, las estimaciones de los costos eran moderadas; sin embargo, se revisarían en vista de las repercusiones de la pandemia de gripe.

166. La Directora dijo que el trabajo de la Organización estaba orientado a la acción con respecto a la relación entre la salud y el turismo; sin embargo, no había ningún plan encaminado a establecer una unidad especial con presupuesto propio. La OPS había estado colaborando con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en la adaptación de una metodología que estaban usando las instituciones financieras internacionales a fin de determinar las repercusiones económicas de los desastres naturales. Esa metodología se estaba usando para estudiar el impacto de la pandemia de gripe, incluidos sus efectos en el sector turístico. En su trabajo en el campo de la salud y el turismo, la OPS estaba colaborando con otras organizaciones internacionales, entre ellas la Organización Mundial del Turismo, la Organización de los Estados Americanos, el Banco Mundial y diversas asociaciones y operadores turísticos.

167. El Comité aprobó la resolución CE144.R14 sobre el tema, sujeto a la revisión del documento de acuerdo con las observaciones y las sugerencias hechas por los miembros del Comité.

Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud (documento CE144/17)

168. El Presidente pasó al documento CE144/17 y ofreció la palabra.

169. El Comité Ejecutivo expresó un firme apoyo al desarrollo de redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud, consideradas como un medio para mejorar la situación sanitaria, reducir las inequidades en el campo de la salud, ampliar la cobertura, mejorar la calidad de la atención y contener los costos sanitarios al

reducir la dependencia respecto de la costosa atención secundaria y terciaria. También se señaló la contribución que tales redes podrían efectuar a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. Se recalcó la importancia de disponer de servicios de salud cerca de los lugares donde vive la gente. Varios delegados describieron los esfuerzos de sus países para garantizar el acceso universal a la atención de salud por medio de redes integradas de servicios de atención primaria. Se recalcó que toda estrategia para mejorar los sistemas de salud debía basarse en la mejor evidencia disponible.

170. Aunque se reconocieron los problemas de segmentación y fragmentación, se señaló que no debía subestimarse la utilidad de las alianzas entre el sector público y el privado, ya que podrían ayudar a reducir los costos y a ampliar la cobertura. Se mencionó el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria como ejemplo de una alianza exitosa entre estos dos sectores.

171. Se instó a la OPS a que combinara sinérgicamente su trabajo en esta área con el de la OMS y a que aprovechara las estrategias y los marcos existentes, como el marco de la OMS para la acción presentado en la publicación *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes*, la serie "Making Health Systems Work" y el *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*.

172. Con respecto al documento y al proyecto de resolución sobre este tema, se opinó que debía fortalecerse la definición de "red integrada de servicios de salud" en el documento y aclarar los ejemplos. También se sugirió que se explicara la frase "atención de salud apropiada". Una delegada, observando que el párrafo 10 del documento parecía apartarse de los programas centrados en enfermedades prioritarias, recalcó que tales programas debían seguir formando parte de la acción inclusiva para mejorar la salud para todos. Un delegado recalcó la necesidad de establecer metas e indicadores claros para medir el progreso en el fortalecimiento de los sistemas de salud mediante el desarrollo de redes integradas de servicios de salud. Otro delegado sugirió que, en lugar de referirse a la equidad de género, el documento debía referirse en términos más generales a la no discriminación, la equidad y la justicia social, que abarcarían el concepto de la equidad de género. El mismo delegado también sugirió que los ejemplos de instrumentos de política y mecanismos institucionales para la creación de redes integradas de prestación de servicios de salud incluyesen ejemplos relacionados con los factores sociales determinantes de la salud. Recalcando la importancia crucial de los recursos humanos para la creación de redes integradas, destacó la necesidad de prestar atención a los problemas de equidad, como las disparidades en los sueldos de hombres y mujeres. Habida cuenta de las deliberaciones del Comité sobre la salud familiar y comunitaria (véanse los párrafos 199 a 205), un delegado sugirió que, en el proyecto de resolución, se instara a los Estados Miembros a que prepararan un plan nacional de acción con el propósito de impulsar el establecimiento de redes integradas de servicios de salud con un

enfoque de salud familiar y comunitaria como modalidad preferencial de prestación de servicios de salud.

173. El doctor Hernán Montenegro (Asesor Principal de la OSP sobre sistemas de salud y protección social) explicó que el documento CE144/17 era una versión condensada de un documento de posición mucho más largo que proporcionaba información más completa e incluso definiciones. La Oficina revisaría el documento que se presentaría al Consejo Directivo considerando las observaciones del Comité y trataría de ampliar y aclarar algunas de las definiciones. Sin embargo, con respecto a la frase “red integrada de servicios de salud”, era difícil de definir, en parte porque había definiciones diferentes en la bibliografía sobre el tema. La que aparecía en el documento CE144/17 había sido adaptada del trabajo de Stephen Shortell, destacado experto en la materia, y había sido examinada y respaldado por los participantes en las diversas reuniones de consulta nacionales, subregionales y regionales mencionadas en el párrafo 7 del documento.

174. Las definiciones contenidas en el documento se habían mantenido deliberadamente amplias y generales a fin de que fuesen suficientemente flexibles como para dar cabida a las diferencias en la organización y gestión de los servicios de salud de los diversos países de la Región. Lo que se consideraba como “atención de salud apropiada”, por ejemplo, variaba de un país a otro, pero en general significaba que la atención se prestaba oportunamente en un entorno apropiado y estaba a cargo de personal apropiado que utilizaba tecnología apropiada.

175. Aunque el documento no se proponía ser un plan de acción ni conducir a un plan de acción —precisamente porque las características y necesidades de los Estados Miembros diferían mucho—, la Oficina trataría de establecer algunos indicadores genéricos, tal como había sugerido el Comité. La finalidad del documento era proponer una estrategia para renovar la atención primaria de salud a nivel de los servicios y, por lo tanto, poner en práctica los principios de atención primaria de salud enunciados en el *Informe sobre la salud en el mundo 2008* y en diversas resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud. La propuesta contenida en el documento CE144/17 tenía por objeto contribuir, en particular, a la aplicación de la resolución WHA62.12 en la Región, incluido su énfasis en el acceso universal y en la atención de salud centrada en las personas.

176. Según se indicaba en el documento (en el párrafo 18), no había muchas pruebas empíricas acerca de los resultados de los modelos de atención integral, especialmente en los países de ingresos bajos y medios. No obstante, la Oficina estaba trabajando en la búsqueda de prácticas óptimas y en el establecimiento de una base de datos probatorios, mediante, entre otras cosas, 11 estudios de casos que ya se habían iniciado en diversos países. Por consiguiente, recibió con beneplácito los informes de los delegados sobre la experiencia de sus países y exhortó a otros Estados Miembros a que también dieran a

conocer las enseñanzas extraídas de su experiencia con el desarrollo de sistemas de salud integrados basados en la atención primaria de salud.

177. El doctor Montenegro estuvo plenamente de acuerdo con la utilidad potencial de las alianzas publicoprivadas. Tal como se señalaba en el párrafo 16 del documento, la integración de las redes permitía formar varias alianzas entre los proveedores de atención sanitaria, entre ellos los proveedores públicos y privados e incluso los proveedores situados en otros países en el caso de las regiones fronterizas o de arreglos de servicios compartidos como los que existían entre algunos países del Caribe.

178. Con respecto a los recursos humanos para las redes integradas, observó que se necesitarían nuevas aptitudes, como la capacidad para trabajar en equipos multidisciplinarios, y habría que crear cargos nuevos, como el de gerente de atención integrada. Lo que es más importante, la evidencia disponible mostraba que una red integrada de atención no funcionaría bien si el personal no se sentía valorado, para lo cual era necesario que tuviera condiciones de trabajo adecuadas y sueldos justos, así como la oportunidad de participar en la adopción de decisiones en la red.

179. La Directora observó que la formación de los profesionales de la salud era un proceso prolongado y, por consiguiente, se necesitaría una visión a largo plazo con la finalidad de formar los recursos humanos y desarrollar las aptitudes necesarias para un modelo de atención integrado. No obstante, los sistemas de salud de las Américas no adolecían necesariamente de una falta de recursos; más bien, su problema consistía en el derroche y en la pérdida de oportunidades debido a la segmentación y fragmentación extremas que caracterizaba los sistemas.

180. El objetivo de la Oficina al preparar el documento, así como el documento de posición más largo en el cual se basaba, había sido proporcionar un marco conceptual para el fortalecimiento de los sistemas de salud basados en la atención primaria. La integración de los servicios se consideraba como un aspecto importante de esa iniciativa. Además, de conformidad con el enfoque de ciclos de vida de numerosas estrategias y planes de acción adoptados recientemente por los Cuerpos Directivos de la Organización, se consideraba importante explorar las mejores maneras de organizar los servicios a fin de abordar las diversas necesidades sanitarias y los factores determinantes de la salud de diferentes grupos de la población.

181. El Comité aprobó la resolución CE144.R7 con la enmienda relativa a la salud familiar y comunitaria.

Reforma Institucional del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME) (documentos CE144/18; CE144/18, Rev. 1; y CE144/18, Add. I)

182. El embajador Lionel Maza (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité, en su tercera sesión, había sido puesto al corriente del establecimiento de un nuevo marco institucional para BIREME. El nuevo marco propuesto comprendía tres instrumentos jurídicos —un Estatuto, un Acuerdo de sede y un Acuerdo de instalaciones— y tenía por objeto implantar una nueva estructura de gobernanza y una fuente estable y equilibrada de financiamiento para el trabajo de BIREME. El Subcomité había examinado un proyecto de Estatuto. Sin embargo, como algunos miembros del Subcomité no habían tenido suficiente tiempo antes de la sesión para examinar el proyecto de Estatuto, se había propuesto continuar las deliberaciones electrónicamente por medio de SharePoint. Los comentarios recibidos en el curso de esas deliberaciones electrónicas se habían incorporado en el Estatuto revisado que se adjuntaba al documento CE144/18, Rev. 1.

183. La doctora Heidi Jiménez (Asesora Jurídica de la OSP) dijo que la Oficina había colaborado estrechamente con el Gobierno de Brasil y con otras partes interesadas en la formulación y revisión del proyecto de Estatuto que se había presentado al Comité, que en verdad incluía las modificaciones sugeridas por los Estados Miembros después de la tercera sesión del Subcomité. La Oficina estaba segura de que el Estatuto proporcionaría una base jurídica sólida para la gobernanza del Centro. Se invitó al Comité a considerar el Estatuto y a remitirlo al Consejo Directivo para su aprobación en septiembre de 2009.

184. En las deliberaciones subsiguientes se propusieron varias enmiendas de los artículos IV (Membresía), VI (El Comité Asesor), VII (El Comité Científico) y VIII (Secretaría) del proyecto de Estatuto.

185. La delegada de Brasil recibió con beneplácito el establecimiento de un marco institucional sólido para la gobernanza, la gestión y el financiamiento de BIREME y reafirmó el firme compromiso de su gobierno de apoyar el trabajo del Centro. A lo largo de sus 42 años de historia, el Centro había servido de instrumento para el intercambio y la difusión de información sanitaria. Había mejorado notablemente el acceso a la información científica para los profesionales de la salud y las instancias normativas de los países de América Latina y el Caribe, así como la capacidad de los países para producir información de ese tipo. Al facilitar y democratizar el acceso a la información por medio de su Biblioteca Virtual en Salud, BIREME había ayudado a reducir las inequidades y a cerrar la brecha entre los países desarrollados y en desarrollo, contribuyendo de esa forma también a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en la Región. BIREME era un recurso estratégico importante que era necesario potenciar. El Gobierno de Brasil creía que las Américas debían formular una política regional de información sanitaria, aprendiendo de la experiencia y los éxitos de BIREME.

186. La Directora afirmó que los 42 años de colaboración de la OPS con el Gobierno de Brasil por medio de BIREME habían sido muy fructíferos. Además de proporcionar cooperación técnica, crear capacidad y aumentar el acceso a la información científica y técnica, el Centro había efectuado una contribución de valor incalculable al desarrollo y la normalización de la terminología en español y en portugués en el campo de la salud, beneficiando no solo a los países de las Américas sino también a países de África y de otras regiones. También había desempeñado una función crucial en el desarrollo de la Biblioteca de Salud Mundial de la OMS.

187. La doctora Jiménez propuso reunirse con la delegación de Brasil y otras delegaciones interesadas en revisar el Estatuto e incorporar las modificaciones propuestas. Posteriormente anunció que se habían hecho las siguientes enmiendas: en el artículo IV, párrafo 1, se había suprimido la frase “Estados Participantes y Miembros Asociados” para aclarar que los Estados Miembros de BIREME eran todos los Estados Miembros de OPS; en el artículo VI, párrafo 4, inciso k, se había suprimido la palabra “Permanentes” de los “Miembros Permanentes”, con la intención de que cualquier miembro del Comité Asesor pudiera solicitar al Director que convocara una reunión extraordinaria del Comité; en el artículo VII, párrafo 1, se había suprimido la frase “a título individual” a fin de aclarar que los expertos que estaban trabajando en ese momento para dependencias gubernamentales podían integrar el Comité Científico. Sin embargo, esos expertos eran nombrados como especialistas. En consecuencia, la última oración del párrafo diría: “Los miembros del Comité Científico deberán ser nombrados como especialistas y se alternarán cada 3 (tres) años”. Esos cambios se reflejaban en el documento CE144/18, Rev. 1.

188. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE144.R24, mediante la cual recomendó que el 49.º Consejo Directivo aprobara el nuevo marco institucional para BIREME, incluido el proyecto de Estatuto, tal como constaba en el documento CE144/18, Rev. 1.

Revisión Institucional y Reorganización Interna del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) (documentos CE144/19, Rev. 1 y CE144/19, Add. I, Rev. 1)

189. El embajador Lionel Maza (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) dijo que se había informado al Subcomité que, en enero de 2009, el Consejo del INCAP había resuelto asumir plena responsabilidad por la administración del Instituto a partir de septiembre de 2009 y enmendar el Convenio Básico del INCAP en consecuencia. También se había informado al Subcomité que la Directora había establecido varios grupos de trabajo para abordar los diversos aspectos técnicos, administrativos y legales de la transferencia de la administración, con miras a asegurar una transición sin problemas y a preservar la funcionalidad y el liderazgo del Instituto en las áreas de la nutrición y la seguridad alimentaria. El Subcomité había

tomado nota del informe y la decisión del Consejo Directivo del INCAP de asumir la responsabilidad de la administración autónoma del Instituto a partir de septiembre de 2009.

190. La doctora Socorro Gross (Subdirectora de la OSP) dijo que el documento CE144/19, Rev. 1 presentaba información actualizada sobre el progreso de la reforma institucional realizado desde la sesión de marzo del Subcomité. La mayoría de los documentos clave para transferir la administración al Consejo del INCAP se habían aprobado, aunque el documento en el cual se enunciaban los términos de referencia y el procedimiento para seleccionar al próximo Director del INCAP todavía no estaba listo. Se solicitó al Comité Ejecutivo que aprobara una resolución en la cual recomendara que el 49.º Consejo Directivo aprobara la transferencia de la administración del INCAP a su Consejo Directivo.

191. La Directora observó que, de conformidad con una recomendación del auditor externo de la OPS, que también había sido auditor externo del INCAP, como parte de la transferencia de la administración el Instituto nombraría su propio auditor.

192. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe y aprobó la resolución CE144.R20, en la cual recomendó que el Consejo Directivo de la OPS aprobara la transferencia de la administración del INCAP a su Consejo Directivo.

Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales evitables (documento CE144/20)

193. El Presidente pasó al documento CE144/20 y ofreció la palabra.

194. El Comité Ejecutivo apoyó firmemente el plan de acción. Varios miembros señalaron que armonizaba plenamente con sus planes y estrategias nacionales para prevenir la ceguera y las deficiencias visuales y varios programas descritos que ya estaban en marcha en sus países. Se destacó la importancia de la cooperación entre países en esta área y varios delegados agradecieron la asistencia que sus países habían recibido en el marco de la “Operación Milagro”, iniciativa cubana de intervenciones quirúrgicas oftalmológicas.

195. Un delegado preguntó por qué se establecía en el plan una meta específica con respecto a la retinopatía de la prematuridad, puesto que el tema no se abordaba explícitamente en el plan de acción de la OMS para la prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables (documento A62/7 de la OMS). El Delegado de Suriname, señalando que las personas de ascendencia asiática corrían un riesgo mayor de padecer retinopatía diabética en su país, sugirió que el objetivo 1.2.2 del plan, en el cual se mencionaban los latinos y las personas de ascendencia africana como grupos de alto riesgo, se modificara a fin de que fuese más genérico y dijera “grupos de alto riesgo de ciertos orígenes étnicos, según el país”. Varios delegados indicaron que presentarían

comentarios por escrito sobre el documento e información adicional sobre sus iniciativas nacionales de prevención de la ceguera.

196. El doctor José Luis Di Fabio (Gerente del Área de Tecnología, Atención de Salud e Investigación de la OSP) agradeció al Comité su apoyo al plan de acción y dijo que la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales evitables formaba parte de la agenda inconclusa de problemas de salud de la Región, en particular considerando que 80% de los casos de ceguera podían evitarse o curarse con la tecnología existente.

197. El doctor Juan Carlos Silva (Asesor Regional de la OSP sobre la prevención de la ceguera) explicó que la retinopatía de la prematuridad causaba más de la mitad de los casos de ceguera en la niñez en América Latina y el Caribe y por ese motivo se le daba prioridad en el plan de acción, que se había elaborado en consulta con expertos de numerosos países de la Región. Agradeció al Delegado de Suriname su sugerencia y dijo que la Oficina suprimiría la referencia a grupos étnicos específicos en el objetivo 1.2.2. Afirmó que la cooperación entre países era un componente importante del plan.

198. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE144.R9, en la cual recomendó que el Consejo Directivo aprobara el Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales evitables.

Salud familiar y comunitaria (documento CE144/21)

199. El Presidente pasó al documento CE144/21 y ofreció la palabra.

200. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito la inclusión del tema de la salud familiar y comunitaria en el programa de los Cuerpos Directivos en 2009 y destacó la naturaleza multisectorial del tema y su nexo con otros asuntos tratados por el Comité, entre ellos la salud de las personas mayores, la salud de los adolescentes y los jóvenes y el fortalecimiento de los sistemas sanitarios basados en la atención primaria. Los delegados subrayaron la importancia de fortalecer los servicios de salud, a fin de responder a las necesidades específicas de la gente en diferentes etapas de su vida y en el contexto de su familia y sus comunidades, y los servicios de extensión por medio de equipos multidisciplinarios. Se señaló que el concepto de salud familiar y comunitaria brindaría una oportunidad a muchos países para pasar de un enfoque vertical tradicional de la atención a un enfoque horizontal más integrado. Un delegado subrayó la importancia de evaluar las repercusiones tanto sanitarias como económicas de los modelos de salud familiar y comunitaria en los países de la Región teniendo en cuenta las iniciativas de reforma sanitaria que estaban llevándose a cabo y destacó la utilidad de intercambiar experiencias fructíferas y prácticas óptimas. Varios delegados describieron la experiencia de sus países con la elaboración y el fortalecimiento de tales modelos y ofrecieron proporcionar información al respecto a la Oficina y a otros países de la Región.

201. La atención comunitaria se consideraba como la mejor manera de promover la salud, mejorar la detección y la vigilancia de las enfermedades y fomentar el cumplimiento del tratamiento. En lo que se refiere a la promoción de la salud, un delegado destacó la importancia de centrarse tanto en los factores positivos determinantes de la salud como en los negativos, en particular el consumo de alcohol y los accidentes de tránsito. Recalcó la función fundamental de la acción comunitaria y familiar para abordar tales riesgos, especialmente entre los adolescentes y los jóvenes.

202. El enfoque de salud familiar y comunitaria se consideraba particularmente importante para la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles; sin embargo, se señaló que tales enfermedades no se mencionaban en el anexo A del documento CE144/21 y se sugirió que el objetivo estratégico 3 del Plan Estratégico de la OPS 2008-2012 se incluyera entre los objetivos que se fortalecerían y apoyarían en este campo. También se sugirió que tanto en el documento como en el proyecto de resolución sobre este tema se reconociera la importancia del género y los enfoques interculturales en los servicios de salud familiar y comunitaria.

203. La representante del Fondo de Población de las Naciones Unidas subrayó la importancia de los enfoques interculturales para abordar las necesidades de la salud de los pueblos indígenas, en particular la salud reproductiva de las mujeres indígenas. También destacó la importancia de fomentar la corresponsabilidad masculina en el hogar como factor crucial para prevenir la violencia y promover la salud sexual y reproductiva.

204. La doctora Gina Tambini (Gerenta del Área de Salud Familiar y Comunitaria de la OSP) dijo que le alentaba el apoyo expresado al enfoque de salud familiar y comunitaria y agradeció a los delegados sus observaciones y sugerencias, que ayudarían a la Oficina a mejorar su trabajo en esa área. La búsqueda de experiencias fructíferas y prácticas óptimas había sido la base del enfoque propuesto en el documento, y la Oficina tenía la intención de seguir facilitando los intercambios de experiencias entre los países. La Oficina veía el enfoque de la salud familiar y comunitaria como una línea transversal de acción y estuvo de acuerdo en que tal enfoque era importante para fortalecer los sistemas de salud y los servicios basados en la atención primaria. Subrayó la necesidad de un enfoque centrado en la gente, encaminado a mejorar el bienestar y el poder de decisión de las personas, las familias y las comunidades a fin de que pudieran convertirse en voceros y participantes activos en el fomento de la salud.

205. El Comité aprobó la resolución CE144.R5 sobre este tema, mediante la cual respaldó los enfoques integrales e interculturales de la salud familiar y comunitaria.

El Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud para la Compra de Vacunas (documento CE144/22, Rev. 1)

206. El embajador Lionel Maza (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había tratado un documento

sobre todos los mecanismos de adquisiciones de la OPS, incluido el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas. Se había informado al Subcomité que en 2008 se había establecido un grupo de trabajo para facilitar la coordinación de las actividades de inmunización de la OPS con aquellas de la Alianza GAVI, en particular la introducción de vacunas nuevas en países y poblaciones pobres de la Región. En las deliberaciones subsiguientes, los miembros del Subcomité habían expresado firme apoyo a los mecanismos de adquisiciones de la OPS, especialmente el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas. Se había reconocido que el Fondo Rotatorio había ayudado a la Región a alcanzar tasas elevadas de inmunización, reducir la morbilidad y la mortalidad por enfermedades prevenibles mediante la vacunación y alcanzar metas de erradicación y eliminación de enfermedades, y había facilitado la introducción de vacunas nuevas.

207. El Delegado de Estados Unidos de América señaló que su gobierno había solicitado que se incluyera este punto en el programa de los Cuerpos Directivos en 2009 y había dicho que, en su opinión, el tema crucial con respecto al Fondo Rotatorio era cómo se encuadraba en la nueva arquitectura sanitaria mundial y, en particular, su relación con la Alianza GAVI. Había subrayado la necesidad de que el Fondo Rotatorio y la Alianza no persiguieran fines opuestos y había solicitado a la Oficina que revisara el documento antes de la 144.^a sesión del Comité Ejecutivo, centrándose específicamente en el Fondo Rotatorio y su relación con otras organizaciones internacionales para la salud, en particular la Alianza GAVI.

208. Otros miembros del Subcomité habían cuestionado la utilidad de un debate sobre el Fondo Rotatorio en los Cuerpos Directivos de la OPS, ya que, en su opinión, el Fondo había sido y seguía siendo satisfactorio. Sin embargo, se había señalado que parecía haber algunos matices del asunto que no resultaban claros para todos los Estados Miembros y que su análisis podría conducir a una mayor transparencia y claridad en cuanto a los temas en cuestión. La Directora había recibido con beneplácito la oportunidad de tratar el tema de la colaboración entre la OPS y la Alianza GAVI y había dicho que quizá fuera preferible tener discusiones técnicas sobre el tema o convocar una reunión especial de las partes interesadas, incluidos los proveedores de vacunas.

209. Al cabo de más deliberaciones, el Subcomité había estado de acuerdo en que el asunto se colocara en el orden del día del Comité Ejecutivo, que se organizara una discusión técnica informal al margen de la sesión formal, con la participación de otros socios, entre ellos representantes de la Alianza GAVI, y que el tema fuera tratado posteriormente por el Comité Ejecutivo en la sesión formal.

210. La doctora Socorro Gross (Subdirectora de la OSP) presentó el documento CE144/22, Rev. 1, señalando que contenía una reseña de la historia, las características y los principios conceptuales del Fondo Rotatorio y sus beneficios para los Estados Miembros de la OPS. Después informó sobre algunos de los puntos principales que habían surgido de la reunión técnica especial sobre el Fondo Rotatorio, realizada el 23 de

junio de 2009 (véase el anexo D). Tras poner de relieve algunos de los beneficios del Fondo Rotatorio, dijo que permitía a los Estados Miembros comprar vacunas al precio más bajo posible e imprimía previsibilidad a la demanda, lo cual, a su vez, ayudaba a impulsar la producción y a fomentar la estabilidad y seguridad en el mercado de las vacunas. El Fondo también ayudaba a reducir el intervalo entre la producción de una vacuna nueva y su introducción en los programas de vacunación de los Estados Miembros. Había resultado crucial para las estrategias nacionales y regionales para la eliminación y el control de las enfermedades prevenibles mediante la vacunación y para la respuesta a situaciones de emergencia epidemiológica.

211. Pasando a la reunión técnica especial, informó que los participantes habían expresado firme apoyo al Fondo Rotatorio como medio para que todos pudieran tener acceso a vacunas de buena calidad al precio más bajo posible. La continuidad del funcionamiento del Fondo se consideraba crucial para la introducción de vacunas nuevas. Gran parte del debate se había centrado en la vacuna antineumocócica conjugada; el papel del Fondo Rotatorio, la Alianza GAVI y el mecanismo de Compromiso Anticipado de Mercado para que la vacuna estuviera disponible en los países de las Américas y en el resto del mundo; y un supuesto conflicto relacionado con una cláusula del contrato de adquisiciones del Fondo Rotatorio.

212. Explicó que había dos tipos de vacuna antineumocócica: la vacuna de polisacáridos y la vacuna conjugada. La vacuna antineumocócica de polisacáridos, introducida en 2006, no se recomendaba para los niños menores de 2 años; se administraba principalmente a las personas mayores de 65 años y a las personas con enfermedades crónicas e inmunodepresoras. Para los niños menores de 2 años se recomendaba la vacuna conjugada.

213. En ese momento, la vacuna de polisacáridos 23-valente y la vacuna conjugada heptavalente se obtenían por medio del Fondo Rotatorio. Había un solo fabricante de la vacuna conjugada heptavalente. Había una vacuna conjugada decavalente, también fabricada por un solo fabricante, pero la OPS no la estaba comprando porque todavía no había sido precalificada por la OMS y la Directora había declarado una moratoria de un año en las adquisiciones de 2009. Por otro lado, la Región aguardaba la precalificación en 2010 de una vacuna 13-valente, que sería eficaz contra muchas más de las cepas de neumococos que circulaban en América Latina y el Caribe (84% en comparación con 74% para la vacuna decavalente y 60% para la heptavalente).

214. La moratoria de un año en las compras de la vacuna decavalente por medio del Fondo Rotatorio estaba relacionada con el supuesto conflicto que había surgido con respecto a una cláusula del contrato de adquisiciones del Fondo según la cual los proveedores de vacuna se comprometían a vender vacunas al Fondo al precio más bajo posible. Se había seleccionado la vacuna decavalente para el proyecto piloto del

Compromiso Anticipado de Mercado en los países que reunían los requisitos para recibir financiamiento de la Alianza GAVI.

215. En 2007, con el apoyo de la OPS, tres de los seis países de las Américas que reunían los requisitos de la Alianza GAVI habían formulado y presentado propuestas para recibir financiamiento de la Alianza con el fin de comprar la vacuna antineumocócica conjugada heptavalente y sus propuestas se habían aprobado. Siete de los 36 países que reunían los requisitos en la Región de África y uno de los seis países que reunían los requisitos en la Región del Mediterráneo Oriental habían solicitado financiamiento de la Alianza GAVI para introducir la vacuna antineumocócica, lo cual también se había aprobado. Estos últimos países querían introducir la vacuna decavalente, y no la heptavalente, porque esta última no ofrecía protección contra muchas de las cepas de virus que circulaban en África y el Mediterráneo Oriental.

216. A pesar de la aprobación de sus propuestas, la Alianza GAVI se había negado a proporcionar financiamiento a los tres países de las Américas que reunían los requisitos para la compra de la vacuna antineumocócica conjugada heptavalente por medio del Fondo Rotatorio al precio negociado con el proveedor (\$26,35 por dosis para 2008 y \$21,75 para 2009). Se había establecido un Grupo de Trabajo de la OPS y la Alianza GAVI para estudiar el tema y mejorar la colaboración entre ambas organizaciones con miras a facilitar la introducción de las vacunas nuevas y alcanzar una cobertura de vacunación sostenible y universal en los países de las Américas.

217. En el debate que siguió a la exposición de la doctora Gross, los delegados reafirmaron el apoyo de sus países al Fondo Rotatorio y recalcaron la importancia de garantizar el acceso equitativo a medicamentos y vacunas de buena calidad a precios asequibles. También se subrayó la importancia de proveer vacunas nuevas por medio del Fondo Rotatorio. Se expresó inquietud acerca de la afirmación en el documento de que la introducción de la vacuna antirrotavírica duplicaría los costos de la compra de vacunas para los Estados Miembros y la introducción de la vacuna antineumocócica los septuplicaría. También se realizaron señalamientos con respecto al retraso en la introducción de la vacuna antineumocócica en los países de la Región que formaban parte de la Alianza GAVI, y se instó al Grupo de Trabajo a que trabajara para resolver con prontitud la situación que causaba ese retraso y a que abordara las cuestiones afines que pudieran surgir en el futuro cuando una vacuna se consiguiera solamente de un proveedor. Los delegados solicitaron que se aclarara cuáles eran esas cuestiones y la naturaleza del conflicto en torno a la cláusula de fijación de precios del contrato del Fondo Rotatorio.

218. El Delegado de Suriname dijo que el cáncer cervicouterino era una enfermedad prioritaria para su país y preguntó cuando se preveía que estaría disponible la vacuna contra el virus de los papilomas humanos (VPH), una de las causas de la enfermedad, por medio del Fondo Rotatorio. Los delegados de Brasil y Uruguay opinaron que, como

todavía no había suficientes pruebas científicas de la costo-efectividad de la introducción de la vacuna contra el VPH, debía sacarse de la lista de vacunas que se incluirían en el Fondo Rotatorio en breve.

219. El Delegado de Estados Unidos de América dijo que la intervención de la doctora Gross, con su énfasis en la vacuna antineumocócica, a pesar de ser interesante no llegaba al fondo del problema, que era que una cláusula del contrato de licitación del Fondo Rotatorio obligaba al licitador a ofrecer el precio más bajo en cualquier lugar del mundo para la vacuna en cuestión. Sin embargo, en algunos casos el precio que los proveedores estaban dispuestos a ofrecer a la Alianza GAVI podía ser más bajo que el precio que estaban dispuestos a ofrecer al Fondo Rotatorio para los Estados Miembros de la OPS, muchos de los cuales eran países de ingreso mediano. Ese era el problema que debía abordarse. Se había sentido alentado durante la reunión técnica al escuchar que la Directora buscaría una manera de resolver el problema y estaba seguro de que sería relativamente sencillo hacerlo modificando la redacción de la cláusula en cuestión de una forma que dejara el Fondo Rotatorio esencialmente inalterado y permitiera a los fabricantes ofrecer un precio competitivo a la OPS sin crear un desincentivo para que ofrecieran un precio diferente a otras instituciones internacionales como la Alianza GAVI.

220. La doctora Gross, recordando las deliberaciones del Comité sobre el proyecto de presupuesto para 2010-2011 (véanse los párrafos 35 a 62) y las inquietudes expresadas por numerosos delegados acerca de las repercusiones de la crisis económica en sus países, dijo que, en su opinión, ese no era el momento de cambiar una cláusula contractual que procuraba obtener el precio más bajo posible para las vacunas que se compraban en nombre de los Estados Miembros de la OPS. Por otro lado, no había ninguna razón para hacerlo, ya que las disposiciones de esa cláusula no impedían que los países de otras regiones adquirieran la vacuna antineumocócica conjugada decavalente al precio acordado para el proyecto piloto del Compromiso Anticipado de Mercado. La moratoria de un año en las compras de la vacuna decavalente se había establecido precisamente para que se pudiera avanzar con el Compromiso Anticipado de Mercado. Por eso había hablado de un “supuesto” conflicto: la vacuna en cuestión no era la vacuna que la OPS estaba comprando por medio del Fondo Rotatorio, y la OPS no trataría de obtener la vacuna decavalente incluso después que concluyera la moratoria de un año porque estaba esperando la precalificación de la vacuna 13-valente.

221. Desde luego, el Grupo de Trabajo seguiría buscando opciones para facilitar la introducción de otras vacunas nuevas de un solo proveedor que se preveía que la OMS precalificara en breve. Una era la vacuna contra el dengue, que era de gran interés para los países de la Región. El Grupo de Trabajo también seguiría trabajando en otros temas relacionados con la sostenibilidad después de la introducción de las vacunas nuevas.

222. La vacuna contra el VPH todavía no había sido precalificada por la OMS y, por consiguiente, no podía obtenerse por medio del Fondo Rotatorio. Según la información de que disponía la Oficina, el precio de mercado más bajo al cual se conseguía la vacuna en la Región era de \$30 por dosis.

223. La Directora observó que, aunque la introducción de la vacuna contra el VPH quizá no constituyese una prioridad para todos los países de las Américas, la prevención y el control del cáncer cervicouterino eran una prioridad regional. Entendía que algunos Estados Miembros todavía estaban tratando de determinar si el uso de la vacuna contra el VPH sería eficaz en función del costo, según las cepas de virus de los papilomas humanos que circularan en sus territorios nacionales; sin embargo, otros estaban ansiosos por introducir la vacuna cuanto antes. Al mismo tiempo, la introducción de las vacunas antirrotavíricas y antineumocócicas no constituía una prioridad para algunos países porque los rotavirus y *Streptococcus pneumoniae* no eran causas importantes de enfermedad en su población infantil, pero eso no significaba que esas vacunas no debían ofrecerse por medio del Fondo Rotatorio.

224. El doctor Cuauhtémoc Ruiz (Asesor Principal de la OSP sobre inmunización integral de la familia) agregó que la OPS estaba realizando estudios de la posible costo-efectividad de la introducción de la vacuna contra el VPH en la subregión del Caribe, donde la carga de morbilidad relacionada con el virus de los papilomas humanos parecía ser particularmente alta. También señaló que la vacuna contra el VPH no debía utilizarse como medida aislada sino como parte de un método integral de prevención y control del cáncer cervicouterino. Si los países decidían introducir la vacuna, tendrían que seguir llevando a cabo actividades de promoción de la salud, educación sanitaria y exámenes de detección preventivos.

225. El Delegado de Estados Unidos dijo que, aunque era cierto que la cuestión de la cláusula de fijación de precios del contrato del Fondo Rotatorio había surgido en relación con la vacuna antineumocócica, bien podría plantearse nuevamente con relación a la introducción de otras vacunas nuevas. Por consiguiente, era importante resolverlo de la manera más generalizable posible. Preguntó si los Estados Miembros de la OPS podían participar en las reuniones del Grupo de Trabajo de la OPS y la Alianza GAVI, ya que creía que podían efectuar aportes útiles en relación con los diversos asuntos en discusión. A su delegación, por ejemplo, le complacería sugerir cambios en la redacción de la cláusula de fijación de precios del contrato de adquisiciones del Fondo Rotatorio con miras a buscar una solución que fuese satisfactoria para los Estados Miembros de la OPS y lograra la paridad de precios para los países de la Región que compraran por medio del Fondo Rotatorio, permitiendo al mismo tiempo el buen funcionamiento de la Alianza GAVI y su posible financiamiento de la introducción de vacunas nuevas en otras regiones. También sería útil, dijo, que los Estados Miembros vieran los términos de referencia del Grupo de Trabajo, ya que, de esa forma, comprenderían claramente los objetivos del Grupo y estarían en mejores condiciones para sugerir formas creativas de

reorientar su trabajo si no estaba abordando los temas que los Estados Miembros pensaban que era necesario abordar.

226. La Directora dijo que había sido difícil para ella y los demás funcionarios de la OPS involucrados comprender el problema que se había planteado con relación a la cláusula de fijación de precios del contrato del Fondo Rotatorio y la introducción de la vacuna antineumocócica. Nunca antes en los 30 años de historia del Fondo Rotatorio esa cláusula había causado problema alguno con respecto a las compras de vacunas existentes o la introducción de vacunas nuevas. Había sido difícil comprender el problema debido en gran parte a la falta de transparencia de algunos interesados directos; el contrato del Fondo Rotatorio había sido calificado como problemático en conversaciones de los órganos directivos de la Alianza GAVI y el Compromiso Anticipado de Mercado de las cuales no se había informado a la OPS.

227. La situación, según lo que ella entendía en ese momento, era la siguiente: tres de los seis países de la Región que reunían los requisitos de la Alianza GAVI habían presentado solicitudes de financiamiento para introducir la vacuna antineumocócica conjugada heptavalente y dichas solicitudes habían sido aprobadas. Siete de los países de África y uno del Mediterráneo Oriental que reunían los requisitos de la Alianza GAVI también habían presentado solicitudes de financiamiento, pero para introducir la vacuna decavalente. El problema surgió cuando el productor de la vacuna se negó a presentar una cotización al UNICEF (el organismo que se encarga de comprar vacunas para todas las regiones excepto las Américas) porque no quería estar obligado, de conformidad con el contrato del Fondo Rotatorio, a ofrecer la vacuna a todos los países de las Américas al mismo precio que había acordado ofrecer a los países que reunían los requisitos de la Alianza GAVI y que participaban en el proyecto piloto del Compromiso Anticipado de Mercado. Al mismo tiempo, la Alianza había denegado el financiamiento a los países de las Américas que reunían los requisitos necesarios para comprar la vacuna heptavalente al precio negociado con el productor por el Fondo Rotatorio (\$21,60 por dosis) porque consideraba que ese precio era demasiado alto. En consecuencia, los países de las Américas que reunían los requisitos de la Alianza GAVI no habían podido introducir la vacuna antineumocócica a pesar de que sus propuestas habían sido aprobadas por la Alianza.

228. Por esa razón, la OPS estaba centrándose específicamente en los temas de la introducción de la vacuna antineumocócica y era para abordar esos temas que se había creado el Grupo de Trabajo. En cuanto a si los Estados Miembros podían participar en las deliberaciones del Grupo de Trabajo, no podía hablar en nombre de los demás miembros del Grupo, pero la OPS, como organización intergubernamental comprometida con la transparencia, no tenía ninguna objeción. De hecho, recibiría con beneplácito la participación de un representante del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos, que introduciría una perspectiva de salud pública muy necesaria en

deliberaciones en las que hasta ese momento habían predominado los abogados e inquietudes de índole jurídica.

Asuntos administrativos y financieros

Informe sobre la recaudación de las cuotas (documentos CE144/23 y CE144/23, Add. I)

229. La señora Linda Kintzios (Tesorera y Asesora Principal de la OSP sobre servicios y sistemas financieros) presentó el tema. Dijo que el documento CE144/23, Add. I, contenía información actualizada al 15 de junio del 2009 y que, después de esa fecha, la Organización había recibido pagos adicionales: \$8.560 de Costa Rica, \$309.000 de Perú, y \$18.007 de Saint Kitts y Nevis. La recaudación de cuotas del año en curso ascendía a \$13,6 millones. La recaudación combinada de atrasos y cuotas del año en curso hasta la fecha sumaba \$38 millones, la tercera cantidad más baja recaudada al mes de junio en los últimos 10 años. Hasta ese momento en 2009, 19 Estados Miembros habían pagado cuotas atrasadas o del año en curso.

230. Como resultado de la estrategia de la Directora para aumentar la tasa de recaudación de cuotas y el compromiso demostrado de los Estados Miembros de la OPS, se había recaudado más de 79% de las cuotas atrasadas, lo cual dejaba un saldo pendiente de solo \$6,6 millones. Los Estados Miembros habían aprovechado las numerosas opciones disponibles para cumplir sus compromisos económicos con la Organización, incluido el pago en moneda nacional, el pago en cuotas a lo largo del año y los planes de pagos diferidos para la liquidación de los grandes atrasos pendientes.

231. Doce Estados Miembros habían pagado sus contribuciones designadas para 2009 en su totalidad. Todos los Estados Miembros con planes de pagos diferidos estaban cumpliendo esos planes y había un solo Estado que podría estar sujeto a las restricciones del voto establecidas en el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS.

232. La Directora agregó que la Organización era plenamente consciente de la situación de cada país con respecto a los pagos y, por lo tanto, no le sorprendía ver que hubiera retrasos. Los retrasos se debían a una combinación de factores, incluido el hecho de que algunos países habían cambiado sus ciclos o procedimientos presupuestarios. Sin embargo, la Organización estaba al corriente del progreso realizado en la aprobación presupuestaria por las autoridades legislativas de esos países y, en el caso de casi todos los principales contribuyentes, había una fecha definitiva para la cual se podía esperar el pago de sus contribuciones.

233. Era importante señalar que todos los países con planes de pagos diferidos estaban al día con sus pagos. Como habían dado prioridad al pago de las cuotas atrasadas que adeudaban a la Organización, en algunos casos eso podría haber causado un retraso en el

pago de las contribuciones del año en curso. Se había expresado gran inquietud con respecto a la posibilidad de que la situación económica mundial incidiera en la capacidad de los Estados Miembros para cumplir sus compromisos con la Organización, pero hasta ese momento eso no parecía ser el caso, al menos para 2009.

234. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE144.R2, Corríg, mediante la cual agradeció a los Estados Miembros que ya habían efectuado pagos para 2009, instó a los demás Estados Miembros a que pagaran las cuotas pendientes cuanto antes y recomendó al 49.º Consejo Directivo que se aplicaran estrictamente las restricciones al voto establecidas en el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS a todo Estado Miembro que, al momento de la apertura de esa sesión, no hubiera hecho pagos importantes de las cuotas adeudadas.

Informe financiero parcial del Director para 2008 (Documento Oficial 335)

235. El embajador Jorge Skinner-Klee (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) dijo que el Subcomité había tratado el informe financiero parcial en marzo y había recibido con beneplácito la noticia de que la OPS se encontraba en una situación financiera en general sólida. El Subcomité había recibido favorablemente en particular la mejora de la situación con respecto a la recaudación de cuotas atrasadas. Varios delegados valoraban los beneficios que representaban para la Región los fondos de adquisiciones de la Organización, especialmente el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas. El Subcomité también había agradecido la forma en que la OPS estaba administrando el aumento reciente de sus recursos. Tras observar los resultados sobresalientes en relación con los ingresos varios, el Subcomité había felicitado a la OPS porque había logrado preservar el capital a pesar de los momentos difíciles que atravesaba.

236. La señora Sharon Frahler (Gerenta del Área de Gestión de Recursos Financieros de la OSP), resumiendo el contenido del informe financiero parcial, dijo que la Organización había experimentado un aumento significativo de sus recursos financieros en los últimos años: el total había pasado de \$537 millones en 2006, el primer año del bienio anterior, a \$718,5 millones, lo cual representaba un aumento de \$181,5 millones o 33,8%. En 2008, la Organización había recibido un total de \$100,1 millones en concepto de cuotas de ese año y de años anteriores, así como \$16,1 millones en ingresos varios y \$3 millones que había prestado al Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas. Tras descontar \$94 millones en concepto de gastos del presupuesto por programas y \$5,6 millones asignados al Fondo de Igualación de Impuestos, el excedente de ingresos sobre los gastos para 2008 fue de \$19,6 millones. Sin embargo, esa cifra no reflejaba alrededor de \$11 millones en concepto de obligaciones asumidas por la Organización en 2008, monto que, de acuerdo con las Normas Contables Internacionales para el Sector Público que se estaban implantando (véanse los párrafos 326 a 333), se ejecutaría en 2009.

237. Veinticuatro Estados Miembros habían abonado las cuotas de 2008 en su totalidad, ocho habían efectuado pagos parciales y siete no habían efectuado ningún pago correspondiente a 2008. Al 31 de diciembre de 2007 había un saldo de cuotas pendientes de \$35,4 millones, que disminuyó a \$31 millones al 31 de diciembre del 2008, lo que representaba una fuerte disminución de los atrasos de los años anteriores. Como ya se había dicho, hasta ese momento en 2009 la Organización había recibido más de \$24 millones en concepto de cuotas atrasadas, lo cual dejaba un saldo de solo \$6,6 millones de atrasos.

238. Durante 2008, la Organización había recibido \$48 millones para suministros estratégicos de salud pública que se comprarían por medio del Fondo Estratégico y el fondo para compras reembolsables. Eso representaba un aumento de 56% respecto de la cifra correspondiente para 2006. La Organización también había recibido \$322 millones para la compra de vacunas y jeringas por medio del Fondo Rotatorio, cifra que representaba un aumento de 58% en comparación con 2006.

239. Los ingresos del fondo fiduciario, que ascendían a \$165 millones, comprendían \$62 millones de gobiernos para proyectos externos, \$91 millones de gobiernos para proyectos internos en sus propios países, \$4,4 millones de organizaciones internacionales y \$7,4 millones de organizaciones de los sectores privado y público. Los ingresos de otros fondos de la OPS habían llegado a \$30 millones. La asignación bienal de la OMS a la Región de las Américas era de \$81,5 millones, de los cuales la OPS había ejecutado \$37 millones en 2008. La Organización también había ejecutado \$27 millones de fondos voluntarios aportados por la OMS y de otros tipos.

240. Los gastos generales de la OPS en 2008 ascendían a \$679 millones. Las compras de vacunas y jeringas por medio del Fondo Rotatorio representaban \$312 millones, y los gastos presupuestarios ordinarios, \$94 millones. De esa cantidad, \$61,4 millones, o sea 65%, se habían utilizado para los sueldos y las prestaciones de los funcionarios, en tanto que se habían usado \$9,6 millones para pagar a los consultores. Los viajes, los servicios contractuales y los seminarios y cursos representaban un total de \$13,9 millones, y la tecnología de la información, los gastos de operación generales y otros costos ascendían a \$9,1 millones.

241. La situación financiera del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) era sólida, con un excedente de ingresos sobre los gastos de \$355.000. En el caso del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), el excedente de ingresos sobre los gastos ascendía a \$213.256. La posición del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) era más difícil. Había recibido ingresos del presupuesto ordinario de \$528.052 y gastos de \$292.446. Por lo tanto, tenía un excedente de ingresos sobre los gastos de \$235.606, pero también tenía un déficit acumulado en su Fondo de Trabajo, que la OPS estaba financiando y que, con el excedente de los ingresos sobre los gastos, había disminuido a \$268.670.

242. La Directora destacó tres áreas financieras que habían crecido notablemente. Dos de ellas eran mecanismos de adquisiciones, específicamente el Fondo Rotatorio y el Fondo Estratégico. Los aumentos en esas áreas reflejaban la importancia cada vez mayor que los países atribuían a las compras de suministros médicos en condiciones ventajosas y eran una expresión concreta de la cooperación técnica que la OPS estaba proporcionando a sus Estados Miembros.

243. La tercera área era la asignación a la Región por la OMS de una proporción más grande de sus contribuciones voluntarias. La Directora dijo que era muy importante para los países de la Región, en calidad de Estados Miembros de la OMS, mantenerse atentos, tanto en la Asamblea Mundial de la Salud como en el Consejo Ejecutivo, para que la Región recibiera una parte justa de las contribuciones voluntarias de la OMS. Señaló que la OPS también había logrado movilizar más contribuciones voluntarias en los últimos años.

244. El Comité tomó nota del Informe Financiero Parcial del Director.

Modificaciones del Reglamento Financiero y las Reglas Financieras (documento CE144/24 y Rev. 1)

245. El embajador Jorge Skinner-Klee (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) recordó que el Subcomité había recibido un informe en marzo de las modificaciones que se estaban haciendo en el Reglamento Financiero y las Reglas Financieras de la OPS como consecuencia de la introducción de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS). Se había informado al Subcomité que se había formado un grupo de trabajo interno para cotejar el Reglamento Financiero y las Reglas Financieras actuales con los requisitos de las IPSAS y redactar un nuevo Reglamento Financiero a fin de someterlo a la consideración de la presente sesión del Comité Ejecutivo. El Subcomité había tomado nota del informe y había recomendado que el Comité Ejecutivo aprobara las modificaciones del Reglamento Financiero y las Reglas Financieras.

246. La señora Sharon Frahler (Gerenta del Área de Gestión de Recursos Financieros de la OSP) señaló que había cuatro razones principales para modificar el Reglamento Financiero. En primer lugar, la introducción de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público requeriría el uso de nueva terminología y la introducción de prácticas óptimas. En segundo lugar, el cambio en los estados financieros anuales verificados, con la retención de un presupuesto bienal por programas, implicaría nuevos requisitos en relación con los estados financieros. En tercer lugar, el paso del método modificado de contabilidad basado en valores devengados y en valores de caja a la contabilidad basada totalmente en valores devengados tendría grandes repercusiones en la responsabilidad, el superávit y los adelantos internos. Por último, el cambio en la capitalización de bienes, instalaciones y equipo, con los gastos de depreciación

requeridos, influiría en la valoración de los activos, lo cual tendría un efecto concomitante en el presupuesto.

247. Después presentó los cambios propuestos tal como se indicaban en el anexo A del documento CE144/24, Rev. 1, señalando que se presentarían al 49.º Consejo Directivo en septiembre. Si el Consejo Directivo los aprobaba, los cambios resultantes en las Reglas Financieras se presentarían a la 145.^a sesión del Comité Ejecutivo justo después del Consejo Directivo.

248. Una delegada, tras apoyar los cambios propuestos para facilitar la introducción de las IPSAS, observó que el cambio propuesto en el párrafo 4.6, que autorizaba al Director a decidir si el excedente de ingresos se trasladaría a ejercicios subsiguientes, no preveía intervención alguna de los Cuerpos Directivos. La delegada sugirió agregar “con la aprobación del Comité Ejecutivo” al final de la primera oración. Observando que los párrafos 15.1 y 15.2 se habían suprimido en su totalidad porque su intención estaba comprendida en el artículo III y el párrafo 7.4, preguntó de qué forma estos últimos artículos mantendrían la misma disciplina presupuestaria.

249. La señora Frahler aclaró los dos conceptos diferentes de excedente. El primero era el excedente presupuestario, cuyo uso decidirían los Estados Miembros, como siempre se había hecho. El nuevo concepto era el excedente de ingresos. Si, por ejemplo, el rendimiento de las inversiones de la Organización era superior al presupuestado, se proponía que tales ingresos adicionales se usaran para financiar las partes no financiadas del Plan Estratégico. Para permitir una rápida ejecución, se proponía que el Director estuviera facultado para decidir la forma de asignar ese excedente, de forma tal que los fondos pudieran gastarse a partir de enero. Si era necesario presentar el asunto al Comité Ejecutivo, eso podía retrasar la ejecución alrededor de seis meses.

250. Con respecto a los párrafos 15.1 y 15.2, recordó que los Estados Miembros habían solicitado algunas modificaciones varios años antes a fin de estipular que se presentaran informes detallados de las repercusiones financieras antes de someter iniciativas nuevas a la aprobación del Comité Ejecutivo.

251. La Directora dijo que había un proceso bien afianzado en la Organización para señalar las partes no financiadas del Plan Estratégico. En caso de que hubiera ingresos adicionales, podrían comenzar a ejecutarse rápidamente si ella estaba autorizada para asignarlos. Una alternativa, en vez de presentar el asunto al Comité Ejecutivo, que no se reunía hasta junio de cada año, sería permitir que el Subcomité autorizara la asignación de ingresos a fin de que la ejecución de cualquier actividad que se financiara con un excedente de ingresos pudiera iniciarse en marzo.

252. El Comité Ejecutivo consideró posteriormente un proyecto de resolución sobre el tema. La señora Frahler se refirió al documento CE144/24, Rev. 1, que contenía una nueva versión de los cambios propuestos. Se habían modificado los cambios propuestos

en el párrafo 4.6 a fin de autorizar al Director a tomar una decisión sobre la forma de asignar cualquier excedente de ingresos a partes no financiadas del Plan Estratégico con el acuerdo del Subcomité. También se habían hecho cambios en los párrafos 9.5 y 12.1 (d) y se había reintroducido íntegramente el texto original de los párrafos 15.1 y 15.2.

253. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE144.R17, mediante la cual recomendó que el 49.º Consejo Directivo aprobara los cambios propuestos del Reglamento Financiero.

Proyectos que utilizan ingresos del presupuesto por programas que exceden el nivel autorizado del presupuesto ordinario efectivo (documento CE144/25, Rev. 1)

254. El embajador Jorge Skinner-Klee (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que, en marzo, el Subcomité había recibido un informe actualizado del estado de los proyectos aprobados por el 48.º Consejo Directivo que recibirían financiamiento de la Cuenta Especial durante 2008-2009. Se había informado que, de los cinco proyectos que se habían iniciado, tres necesitaban autorización para recibir fondos adicionales por encima de la cifra prevista para el bienio. Sin embargo, el costo total de los proyectos no había aumentado, sino que se necesitaba autorización para gastar en 2009 fondos que se había previsto gastar más adelante. La Directora había explicado que la Oficina había tardado en tomar medidas concretas en relación con algunos de los proyectos aprobados debido a las preocupaciones por la liquidez resultantes de los retrasos en la recaudación de las cuotas de algunos países.

255. El Subcomité había recibido con beneplácito la noticia de que el costo total de los proyectos no aumentaría y no había expresado ninguna objeción con respecto a la aceleración de los desembolsos. Los miembros habían reconocido que los costos de los proyectos podían cambiar en la fase de ejecución, pero habían subrayado la importancia de obtener cifras exactas cuanto antes.

256. El señor Román Sotela (Asesor Principal de la OSP sobre gestión del presupuesto por programas) recordó que el 48.º Consejo Directivo, por medio de la resolución CD48.R1, había aprobado el uso de la Cuenta Especial para financiar los proyectos prioritarios que se indicaban en el documento CD48/22. En la resolución también se hacía un llamamiento a la Oficina para que presentara al Comité Ejecutivo, a intervalos apropiados, información actualizada sobre el uso de esos fondos.

257. Se habían aprobado 14 proyectos en cuatro categorías, de los cuales los siguientes ya se habían iniciado: 1.A, Centro de Operaciones de Emergencia y Centro de Conocimientos; 2.A, Fortalecimiento de los sistemas de información de salud pública de la OPS; 3.A, Modernizar el sistema institucional de gestión de la Oficina Sanitaria Panamericana; 3.C, Fortalecer la capacidad de la Organización para la adopción de las IPSAS para el año 2010; 4.A, Mejoras a los edificios: mejoras relativas a las normas mínimas y otras medidas de seguridad; 4.B, Mejoras a los edificios: medidas de ahorro de

energía; 4.E, Mejoras a los edificios: techo del edificio principal de oficinas de la Sede; y 4.F, Mejoras a los edificios: renovación en los edificios de la Sede. Según se había informado, en tres de esos proyectos había sido necesario reajustar los costos. En el primero, el Centro de operaciones de emergencia, para el cual se había previsto inicialmente \$1 millón en el bienio en curso, pero la cifra había subido a \$1,5 millones. Sin embargo, esta cifra representaba el costo total del proyecto, que seguía invariable; en otras palabras, no se estaba excediendo la suma presupuestada para el proyecto, sino que se había acelerado la ejecución. En el caso la adopción de las IPSAS, originalmente se había previsto que el costo sería de \$200.000 en el bienio en curso, con un gasto de \$100.000 más adelante, pero ahora se preveía gastar el total de \$300.000 en 2008-2009. En este caso tampoco se estaba excediendo la suma presupuestada para el proyecto. En el caso del proyecto 4.B, de medidas de ahorro de energía, el costo total previsto era de \$2,9 millones, de los cuales \$500.000, para el reemplazo de las ventanas del edificio de la Sede, se habían asignado al bienio en curso. El aumento a \$620.000 se debía a la decisión de terminar toda esa parte del proyecto en el bienio en curso, reemplazando todas las ventanas de una vez en lugar de algunas ahora y el resto posteriormente.

258. El saldo de la Cuenta Especial ascendía a \$25,29 millones, que habían sido depositados a fines del bienio 2006-2007. Los ocho proyectos en marcha representaban \$5.045.000. Con los seis proyectos aprobados que todavía no se habían iniciado, el gasto total planeado para 2008-2009 llegaba a \$7 millones, dejando un saldo de \$18,29 millones.

259. En las deliberaciones subsiguientes, una delegada preguntó a la Directora cuánto se tardaría en usar todos los fondos de la Cuenta Especial.

260. La Directora respondió que se preveía que las primeras fases de la mayoría de los proyectos en marcha concluirían en 2010, en cuyo momento se propondrían proyectos adicionales al Subcomité y al Comité Ejecutivo. La Oficina había señalado los proyectos que usarían casi la totalidad del saldo de la Cuenta Especial y desde luego cabía prever que los costos de algunos proyectos aumentarían. Además, había algunos proyectos aprobados en relación con los cuales la Oficina todavía no tenía una estimación del costo total, de modo que se habían iniciado estudios preliminares a fin de preparar el presupuesto definitivo correspondiente. Se planeaba ejecutar la mayoría de los proyectos de infraestructura en el bienio 2010-2011, durante el cual se preveía que se gastaría aproximadamente la misma cantidad que en 2008-2009, en otras palabras, cerca de \$7 millones o un poco más. Por lo tanto, el saldo de la Cuenta Especial se agotaría en unos tres bienios.

261. El Comité tomó nota del informe sobre el progreso de los proyectos que utilizan ingresos que exceden el nivel autorizado del presupuesto ordinario.

Propuesta de creación de un Comité de Auditoría (documento CE144/26, Rev. 1 y CE144/26, Rev. 1, Add. I)

262. El embajador Jorge Skinner-Klee (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) recordó que en marzo se había informado al Subcomité acerca del proceso iniciado por la OPS con miras a crear un Comité de Auditoría. Ese proceso había incluido consultas encaminadas a determinar la forma en que se manejaban las funciones del Comité de Auditoría en los organismos situados dentro y fuera del sistema de las Naciones Unidas y en las oficinas nacionales de auditoría. El Subcomité también había examinado un proyecto de términos de referencia para el Comité de Auditoría de la OPS.

263. Como varios miembros dijeron que no habían tenido suficiente tiempo para examinar los términos de referencia antes de la sesión, el Subcomité había recomendado que se efectuaran arreglos para presentar comentarios en forma electrónica durante las seis semanas siguientes a la sesión.

264. La doctora Heidi Jiménez (Asesora Jurídica de la OSP) explicó que el objetivo de la creación de un Comité de Auditoría era poner en práctica las recomendaciones de los auditores externos de la Organización de implantar un marco de gobernanza que reflejara las mejores prácticas internacionales. En concreto, la finalidad del Comité de Auditoría propuesto era servir de comité consultivo de expertos para ayudar al Director y a los Estados Miembros, por medio del Comité Ejecutivo, proporcionándoles una evaluación independiente y asesoramiento sobre el funcionamiento de los mecanismos de control financieros y las estructuras de presentación de informes de la Organización, sus procesos de gestión de riesgos y la adecuación de sus sistemas de control interno y externo. Los términos de referencia que se habían presentado al Comité Ejecutivo habían sido examinados ampliamente por los Estados Miembros y por los auditores externos e incluían todos los comentarios recibidos por los miembros del Subcomité durante el período de consultas electrónicas de seis semanas.

265. En las deliberaciones subsiguientes, los miembros del Comité apoyaron los términos de referencia revisados y agradecieron a la Oficina el trabajo de modificarlos de acuerdo con los comentarios formulados por los Estados Miembros. Se hicieron dos sugerencias adicionales: que en el inciso c del párrafo 4 del proyecto de resolución que figuraba en el documento CE144/26, Rev. 1, bajo el título “Criterios para la selección de los miembros”, se agregara “la investigación de” antes de “la gestión del riesgo” y que, en el tercer párrafo del preámbulo de la parte del proyecto de resolución del 49.º Consejo Directivo, se cambiara “el deseo de crear un órgano” y se dijera “la propuesta de crear un órgano”.

266. El Comité Ejecutivo aprobó, con esas dos modificaciones, la resolución CE144.R1, mediante la cual recomendó que el 49.º Consejo Directivo creara un Comité de Auditoría y aprobara sus términos de referencia.

Asuntos de personal

Modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la OSP (documento CE144/27)

267. El embajador Lionel Maza (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) recordó que el Subcomité había considerado las modificaciones propuestas del Reglamento y el Estatuto del Personal en marzo y había recomendado que el Comité Ejecutivo aprobara las modificaciones propuestas del Reglamento del Personal. El Subcomité también había recomendado que el Comité aprobara el proyecto de resolución contenido en el documento CE144/27 sobre el sueldo del Director y la modificación del párrafo 11.2 del Estatuto del Personal.

268. La señora Nancy Machado (Asesora de la OSP sobre recursos humanos) explicó, que igual que en años anteriores, se habían propuesto modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la OPS sobre la base de decisiones adoptadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas de conformidad con recomendaciones formuladas por la Comisión de Administración Pública Internacional (CAPI) o sobre la base de la experiencia de la OPS con la aplicación del Reglamento y el Estatuto del Personal y en aras de una buena gestión de los recursos humanos.

269. Teniendo en cuenta las decisiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas y las recomendaciones de la CAPI, se proponía incorporar el reajuste por lugar de destino en el sueldo base del personal de las categorías profesional y superiores, que incluye los puestos del Director, el Director Adjunto y el Subdirector. Había también ajustes de los subsidios de educación.

270. En la categoría de las modificaciones propuestas sobre la base de la experiencia de la OPS y en aras de una buena gestión de los recursos humanos, se estaban haciendo varios cambios a fin de aclarar la redacción y mantener la coherencia con el régimen común de las Naciones Unidas. Se proponían cambios en los párrafos relativos a la movilidad, las condiciones de vida difíciles y la licencia en el país de origen, a fin de conceder estas prestaciones a los funcionarios con nombramientos temporales. Se proponía cambiar la definición de “hijo a cargo” y modificar el párrafo sobre subsidio por nuevo destino para aclarar que no se aplicaba a los hijos mayores de 21 años. También se proponía modificar el subsidio de educación especial a fin de mantener la congruencia entre el personal que recibía el subsidio de educación y el que recibía el subsidio de educación especial.

271. Además, se proponía modificar el sueldo del Director y enmendar el Estatuto del Personal en lo que se refiere a la conducta y las medidas disciplinarias a fin de indicar que, en materia de apelaciones, los funcionarios de la OPS podían recurrir al Tribunal Administrativo de la Organización Internacional del Trabajo.

272. En respuesta a una observación de un delegado, la señora Machado dijo que la frase “nombramiento de servicio” en el Reglamento del Personal se reemplazaría más adelante con la frase “nombramientos continuos”, que era compatible con las reformas del sistema de contratación en la OPS (véanse los párrafos 274 a 278).

273. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE144.R15 y, por medio de ella, todas las modificaciones del Reglamento del Personal propuestas, y recomendó que el 49.º Consejo Directivo fijara el sueldo anual del Director en el nivel propuesto y aprobara la modificación del párrafo 11.2 del Estatuto del Personal.

Reformas del sistema de contratación en la OPS (documento CE144/28)

274. El embajador Lionel Maza (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) dijo que se había informado al Subcomité que, en diciembre de 2008, la Asamblea General de las Naciones Unidas había aprobado nuevos arreglos contractuales para la totalidad del sistema de las Naciones Unidas, que consistían en tres tipos de contratos: de plazo fijo, continuos y temporarios. La OPS había hecho cambios en sus contratos de consultoría a corto plazo el 1 de enero de 2009 y la Oficina pedía autorización para hacer dos modificaciones en los contratos temporales a partir del 1 de julio de 2009. El Subcomité había tomado nota de las decisiones adoptadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas y había decidido dar instrucciones a la Oficina para que procediera en consecuencia con respecto a los cambios pertinentes.

275. La señora Nancy Machado (Asesora de la OPS sobre recursos humanos) explicó que en el documento CE144/27 se presentaban detalladamente los cambios aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 2008. Habida cuenta de esos cambios, se solicitaba la aprobación del Comité Ejecutivo para modificar los nombramientos temporarios que se habían aprobado en la 140.^a sesión del Comité pero que se había pedido a la Oficina que no implementara hasta que la Asamblea General hubiese aprobado un marco similar para el sistema de las Naciones Unidas. Las modificaciones que se solicitaban le permitirían a la OPS efectuar nombramientos temporarios durante un período de hasta dos años y armonizar las prestaciones ofrecidas a los funcionarios temporarios con las del régimen común de las Naciones Unidas.

276. La delegada de los Estados Unidos de América dijo que su gobierno apoyaba la implementación de los nuevos arreglos contractuales, pero de la misma forma que la Asamblea General de las Naciones Unidas había solicitado que no se efectuaran nombramientos con contratos continuos antes del 1 de enero de 2010, Estados Unidos pedía que la adjudicación de contratos continuos en la OPS también se aplazara hasta

2010 y solicitaba que se modificara el proyecto de resolución del documento CE144/27 a fin de reflejar esa postergación.

277. La señora Machado afirmó que la OPS no efectuaría ningún nombramiento con contrato continuo hasta el 1 de julio de 2010 o hasta más tarde.

278. El Comité Ejecutivo aprobó posteriormente la resolución CE144.R16, que incluía la enmienda propuesta por la Delegada de Estados Unidos y recomendaba que el 49.º Consejo Directivo autorizara a la Directora a efectuar los cambios solicitados.

Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OSP (documento CE144/29)

279. El doctor Ballayram (Representante de la Asociación de Personal de la OSP) resumió los asuntos de los cuales la Asociación de Personal deseaba poner en conocimiento del Comité Ejecutivo, señalando que documento CE144/29 contenía una descripción más detallada de las inquietudes de la Asociación de Personal. Esos asuntos se relacionaban con el empleo, la gestión de la carrera, el buen gobierno y el Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos.

280. En el campo general del empleo, había tres subáreas: contratación, colocación y retención; arreglos contractuales; y bienestar del personal. En todas se estaban introduciendo mejoras, pero en la mayoría de los casos las mejoras todavía no se habían completado. El área de la gestión de la carrera también tenía tres subáreas: formación y capacitación del personal; gestión del desempeño; y programa de premios y reconocimientos. En el rubro de formación y capacitación del personal, había que tratar de dar a conocer mejor al personal y la dirección la existencia de los fondos de la OMS para el desarrollo del personal. En las otras dos subáreas, toda la acción había sido positiva y la Asociación de Personal tomaba nota de ella.

281. La tercera área importante de preocupación era el buen gobierno, en particular la subárea de la función de los representantes del personal. Había margen para un mayor reconocimiento de las funciones de los representantes del personal por algunos gerentes y para fortalecer la comunicación entre la administración y la Asociación de Personal. La cuarta área principal era el Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos, en la cual la situación era menos positiva. Era necesario proceder con celeridad para garantizar el principio de la defensa en juicio y el derecho al debido proceso legal. Sería aconsejable también que el protocolo para las investigaciones en el lugar de trabajo (al cual se hace referencia con más detalles en la parte correspondiente al Informe anual de la Oficina de Ética, párrafos 24 a 34) se implementara con la mayor prontitud posible. Para terminar, reiteró el compromiso continuo de la Asociación de Personal con la misión de la Organización.

282. El Comité Ejecutivo agradeció el compromiso del personal con la Organización y su contribución a los avances en el campo de la salud pública que la OPS estaba realizando junto con los Estados Miembros. Se tomó nota de las inquietudes de la Asociación de Personal en relación con el sistema judicial interno de la Organización y se recalcó que se daría prioridad a la aplicación del protocolo para las investigaciones en el lugar de trabajo.

283. La Directora también agradeció la contribución de la Asociación de Personal al trabajo de la Organización. En su opinión, la participación de los representantes del personal en las reuniones de la administración era ventajosa porque ofrecía una oportunidad para intercambiar ideas y participar abiertamente en las deliberaciones sobre las políticas y los programas de la Organización. También rindió homenaje a la contribución que el personal había efectuado a numerosos cambios positivos en la Organización, señalando que el trabajo de toda la Asociación de Personal se hacía voluntariamente, fuera de las horas de trabajo remuneradas.

284. El doctor Ballayram agradeció a los delegados sus observaciones alentadoras e hizo suyas las palabras de la Directora. La Asociación de Personal esperaba con interés seguir colaborando estrechamente con ella para mejorar las condiciones de trabajo, área en la cual ya se habían hecho muchos avances. Coincidió en que era útil que los representantes de la Asociación de Personal participaran en foros tales como la presente reunión del Comité Ejecutivo, ya que eso les permitía informar a los miembros de la Asociación sobre las políticas y los temas que se estaban tratando.

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

Asuntos de información general

Proyecto de Presupuesto por Programas 2010-2011 de la OMS y Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 de la OMS modificado (proyecto) (documentos CE144/INF/1 y CE144/INF/2)

286. El doctor Isaías Daniel Gutiérrez (Gerente del Área de Planificación, Presupuesto y Coordinación de Recursos de la OSP) presentó el tema y señaló que el proyecto de Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS modificado había sido presentado en la 62.^a Asamblea Mundial de la Salud junto con el proyecto de presupuesto de la OMS para 2010-2011. La Asamblea de la Salud había aprobado ambos documentos, con algunas modificaciones, en mayo de 2009. El presupuesto aprobado ascendía a \$4.539.914.000, suma que reflejaba una reducción de 10% en los programas básicos con respecto al bienio 2008-2009.

287. La Directora aclaró que los documentos que se presentaban al Comité eran las versiones preliminares presentadas a la Asamblea Mundial de la Salud en mayo, que habían sido debatidas y modificadas antes de su aprobación, puesto que las versiones modificadas todavía no se habían editado y no estaban en el sitio web de la OMS. Se presentaban estos documentos al Comité porque proporcionaban antecedentes importantes para tratar el Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS Modificado (Proyecto) y Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2010-2011.

288. En las deliberaciones subsiguientes se agradecieron los esfuerzos de la OMS para mantener las contribuciones de los Estados Miembros en el mismo nivel de 2008-2009 y reducir el presupuesto presentado originalmente al Consejo Ejecutivo de la OMS en enero de 2009.

289. El Comité Ejecutivo tomó nota de los informes sobre el Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 de la OMS Modificado (Proyecto) y Proyecto de Presupuesto por Programas 2010-2011 de la OMS.

Código de prácticas para la contratación internacional de personal de salud: documento de la OMS para discusión (documento CE144/INF/3, Rev. 1)

290. El Presidente pasó al documento CE144/INF/3, Rev. 1, y ofreció la palabra.

291. El Comité Ejecutivo reconoció la importancia crucial del tema de la contratación internacional de personal de salud y su relación con el tema más amplio del fortalecimiento de los sistemas de salud. Los delegados recibieron con beneplácito la iniciativa de establecer un código de prácticas mundial y señalaron varias características que tal código debía tener. Se recalcó que debía ser voluntario, equilibrar adecuadamente los intereses de los países de origen y de destino y tener en cuenta los factores que impulsaban al personal sanitario a buscar empleo fuera de su país de origen, como las malas condiciones de trabajo o la falta de reconocimiento de la enfermería como profesión, por ejemplo. También se recalcó que el código no debía contener disposiciones que limitaran el derecho de la gente a migrar legalmente para buscar una vida mejor para sí mismos y su familia.

292. Al mismo tiempo se subrayó la necesidad de vigilar la migración del personal sanitario y reglamentar las prácticas de los organismos de contratación para desincentivar los flujos unidireccionales de personal. Se consideraba importante que los países del destino crearan incentivos para procurar la suficiencia y la sostenibilidad de su personal sanitario nacional y se recalcó que los esfuerzos de los países para abordar la escasez de personal no debían profundizar las inequidades existentes entre países o menoscabar la capacidad de cualquier país para garantizar el acceso de sus ciudadanos a la atención de salud. En ese sentido, un delegado apoyó la inclusión en el código de prácticas de disposiciones específicas con respecto a la reglamentación y la vigilancia de las actividades de los organismos de contratación y los empleadores de personal de salud.

proveniente de otros países. También favorecía el establecimiento de límites para la contratación internacional de personal de salud de países con una escasez crítica de personal sanitario y dijo que una opción para equilibrar los intereses de los países de origen y de destino quizá fuese establecer topes para la migración de profesionales de ciertas categorías y exigir al personal de salud que trabajara durante un cierto número de años en su país de origen antes que se le permitiera emigrar. El mismo delegado apoyó la idea de la compensación financiera de los países de origen por los países de destino para que los países de origen recuperaran lo que habían invertido en la formación del personal de salud contratado para trabajar en el exterior. Advirtió, sin embargo, que toda disposición en ese sentido que se incluyera en el código de prácticas tendría que redactarse cuidadosamente. Dijo que una opción sería establecer un fondo mundial de compensación administrado a nivel regional. Otra medida para asegurar la reciprocidad de los beneficios podría ser la creación de un sistema de subsidios de educación para ayudar a financiar la capacitación del personal de salud.

293. Se señaló que la cooperación técnica para apoyar la investigación y la compilación de información sobre la migración de personal sanitario era una función clave de la OPS, igual que facilitar el proceso de consulta sobre el proyecto de código de prácticas. En ese sentido, varios delegados plantearon inquietudes con respecto al calendario propuesto para las consultas nacionales y regionales y expresaron dudas de que fuese posible tratar adecuadamente todos los temas pertinentes y alcanzar el consenso sobre un proyecto de código de prácticas mundial para mayo de 2010. Se recalcó que debían aprovecharse al máximo los mecanismos nacionales y subregionales, en particular los Observatorios de Recursos Humanos de Salud y el grupo de trabajo sobre la migración de personal sanitario establecido en la VIII Conferencia Iberoamericana de Ministros de Salud (2006), a fin de impulsar el proceso de consulta.

294. Varios delegados describieron algunas de las medidas que estaban tomando sus países para abordar los problemas del personal de salud y alcanzar las metas regionales en materia de recursos humanos para la salud para 2007-2015 establecidas en la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana (resolución CSP27.R7).

295. El doctor Charles Godue (Asesor Principal de la OSP sobre recursos humanos para el desarrollo sanitario) agradeció los aportes del Comité y aseguró a los delegados que sus observaciones se transmitirían a la Secretaría de la OMS, que tenía a su cargo la redacción del código de prácticas mundial. Se proponía que el código fuese voluntario y se aplicara a todas las categorías del personal de salud de los sectores tanto público como privado. El documento presentado al Comité no era el proyecto de código en sí sino un documento de antecedentes preparado por la OMS para facilitar el análisis de las disposiciones que debían incluirse en el texto definitivo del código. Se consideraba especialmente importante tener conversaciones a nivel nacional con la participación de todos los interesados directos, incluidos representantes del gobierno, el sector privado y empleadores de personal de salud.

296. El doctor Godue dijo que la Oficina haría todo lo posible para facilitar esas conversaciones pero estaba de acuerdo en que no había mucho tiempo. Por otro lado, los Estados Miembros estaban lidiando con varios problemas importantes en ese momento, en particular la pandemia de gripe H1N1, de modo que habría menos tiempo aun para organizar consultas nacionales antes que se tratara el tema en el 49.º Consejo Directivo en octubre.

297. La Directora observó que el tiempo disponible para tratar el tema en el Consejo Directivo también era poco, ya que el Consejo tenía un programa muy cargado que incluía una mesa redonda y un debate de tipo panel sobre otros temas importantes. En su opinión, quizá fuese preferible pasar la fecha prevista para la presentación del proyecto de código a la Asamblea Mundial de la Salud a mayo de 2011, a fin de dar suficiente tiempo para un análisis exhaustivo a nivel nacional, subregional y regional. Exhortó a los Estados Miembros de la OPS, en particular a aquellos que eran miembros del Consejo Ejecutivo de la OMS, a que expusieran sus inquietudes a la Secretaría de la OMS en relación con el calendario propuesto para el análisis y la formulación del código de prácticas mundial.

298. El Comité Ejecutivo tomó nota del documento de antecedentes sobre la contratación internacional de personal sanitario y solicitó a la Oficina que transmitiera sus observaciones a la OMS.

Informe sobre los progresos realizados en materia de asuntos técnicos (documentos CE144/INF/4-A, B y C):

Reglamento Sanitario Internacional, incluido un informe sobre la pandemia de gripe por A (H1N1) (documento CE144/INF/4-A)

299. El doctor Jarbas Barbosa da Silva (Gerente del Área de Vigilancia Sanitaria y Prevención y Control de Enfermedades de la OSP) presentó un informe sobre el progreso realizado con la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en la Región e información actualizada sobre el estado de la pandemia de gripe por A (H1N1) al 22 de junio de 2009.

300. En cuanto a la pandemia de H1N1, recordó que la OMS había elevado el grado de alerta pandémica a la fase 6 el 11 de junio de 2009, ya que se estaban produciendo brotes a nivel de la comunidad en numerosos países de más de una región y había una clara tendencia ascendente tanto en los casos notificados como en el número de países que notificaban casos. Hasta el 22 de junio se habían notificado más de 52.160 casos y 231 muertes en 99 países o territorios. En las Américas se habían producido más de 43.000 casos en 28 países.

301. Había resultado evidente desde el comienzo que las actividades de la Región a fin de mejorar los preparativos para hacer frente a una pandemia e implementar el

Reglamento Sanitario Internacional (2005) habían sido fructíferas. La respuesta a los brotes iniciales de gripe por A (H1N1) había sido veloz, transparente y sumamente cooperativa. A nivel regional se había activado de inmediato el Centro de Operaciones de Emergencia y se habían movilizado equipos de respuesta rápida. A nivel nacional, las autoridades sanitarias de México, donde había comenzado la pandemia, habían tomado medidas decisivas para frenar la propagación de la enfermedad. Lo mismo habían hecho las autoridades de Estados Unidos y Canadá, que también se habían visto afectados desde el principio. La OPS prestaría apoyo constante a los países de toda la Región a medida que la pandemia evolucionara, trabajando para fortalecer la capacidad de vigilancia, procurar que los servicios de salud estuvieran preparados para tratar los casos de gripe de H1N1 y mejorar el acceso a las vacunas antigripales y los agentes antivíricos, especialmente para los grupos vulnerables. Recalcó la necesidad de permanecer atentos frente a la amenaza planteada por la gripe por A (H5N1) (gripe aviar) mientras proseguía la batalla contra la gripe por A (H1N1).

302. La pandemia de H1N1 había constituido la primera prueba real para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) revisado adoptado en 2005, que había demostrado su eficacia. Las disposiciones que autorizaban a la OMS y la OPS a tener en cuenta informes extraoficiales de sucesos de salud pública, habían llevado a una respuesta mucho más rápida a los brotes iniciales de la enfermedad. El establecimiento de los centros nacionales de enlace para el RSI y el punto de contacto de la OMS para el RSI en la Región (en la Sede de la OPS) había proporcionado un canal eficaz de comunicación entre la Organización y los países afectados. Además, los mecanismos creados de conformidad con el Reglamento, como la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos, habían permitido movilizar rápidamente equipos de expertos, tanto de las Américas como de otras regiones, para apoyar a los países afectados. La Red también había posibilitado una respuesta internacional mucho más organizada y coordinada, que era fundamental para evitar la duplicación dispendiosa de esfuerzos y procurar que se proporcionara ayuda donde realmente se necesitaba.

303. La experiencia de afrontar la pandemia también había revelado algunas brechas en la capacidad de respuesta de salud pública a nivel nacional y había destacado la necesidad de seguir reforzando la capacidad básica, en particular con respecto a los aeropuertos, puertos y cruces fronterizos terrestres, a fin de que los Estados Miembros reunieran los requisitos del RSI para la fecha prevista de 2012.

304. En ese sentido informó que 27 de los 35 países de la Región habían concluido la evaluación de la capacidad básica de vigilancia y respuesta, pero sólo 17 de los 35 habían evaluado la capacidad con respecto a los puntos de la entrada. Veintisiete de los 35 habían preparado planes de acción para estar seguros de que contaran con la capacidad básica necesaria. Los 35 países habían designado un centro nacional de enlace para el RSI. En la prueba más reciente para evaluar la comunicación entre la OPS y los centros nacionales de enlace, se habían recibido respuestas de 28 de los 35. Veintiséis de esos 28

centros nacionales de enlace funcionaban 24 horas al día, siete días a la semana. Señaló, sin embargo, que esas cifras se habían compilado antes de la pandemia de H1N1; las cifras actuales eran indudablemente mayores. No cabía duda de que las medidas tomadas para aplicar el Reglamento ante la pandemia habían preparado a los Estados Miembros para hacer frente no solo a la situación de emergencia actual sino también a sucesos futuros en el ámbito de la salud pública que fuesen de trascendencia internacional.

305. La Directora agregó que la OPS estaba trabajando en colaboración con la OMS a fin de formular directrices para aplicar las disposiciones del RSI en relación con los cruces fronterizos terrestres. Las directrices se pondrían a prueba en la frontera entre México y Estados Unidos.

306. En las deliberaciones subsiguientes, los miembros del Comité recibieron con beneplácito el avance realizado hasta la fecha en la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y agradecieron a la OPS y la OMS el apoyo prestado frente a la pandemia de H1N1. Se subrayó la importancia de comunicar los riesgos de forma exacta y equilibrada. A este respecto se señaló que una de las fallas del sistema de alerta de pandemia de la OMS era que no proporcionaba un medio para transmitir información acerca de la gravedad de la enfermedad causada por un virus pandémico. Los profesionales de la salud sabían que la actual fase 6 indicaba la medida en que la gripe por A (H1N1) se había difundido en todo el mundo, pero el público y los medios de información tendían a interpretar el nivel mayor de alerta como una indicación de que la enfermedad se había vuelto más virulenta, lo cual estaba causando un temor injustificado e incluso pánico en algunos lugares. Se instó a la OPS a que trabajara con la OMS para corregir esa falla y adaptar la clasificación a fin de que fuera más fácil de comprender para el público en general.

307. El Delegado de México estuvo de acuerdo en que la pandemia de H1N1 había puesto el Reglamento Sanitario Internacional (2005) a prueba y dijo que su gobierno había comenzado a aplicar el Reglamento, al cual México otorgaba la estatura de un tratado internacional, justo después de su adopción en 2005. También había preparado un plan para hacer frente a una pandemia. Gracias a esas medidas había podido responder con prontitud y contener la propagación de la enfermedad. Su gobierno estaba agradecido por el apoyo que había recibido de la OPS y la OMS y de otros Estados Miembros.

308. Aunque México había estado bien preparado para abordar los aspectos de salud pública de la pandemia, había estado menos equipado para enfrentar sus repercusiones económicas y los perjuicios ocasionados, por ejemplo, al turismo y el comercio. Había que pensar en la forma de abordar esas cuestiones en el Reglamento Sanitario Internacional, quizá creando un fondo de apoyo para ayudar a los países afectados y buscando mecanismos para facilitar la coordinación intersectorial en la respuesta a una pandemia, que fue un reto importante en el caso de México.

309. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe sobre el progreso realizado en la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y de la información actualizada sobre la pandemia de gripe por A (H1N1).

Preparativos para la mesa redonda sobre hospitales seguros (documento CE144/INF/4-B)

310. El doctor Jean-Luc Poncelet (Gerente del Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre de la OSP) presentó el informe acerca de los preparativos para la mesa redonda sobre hospitales seguros, que se realizaría durante el 49.º Consejo Directivo. Dijo que los hospitales eran un aspecto importante de los preparativos para casos de desastre y observó que el tema de los preparativos de los hospitales era especialmente crucial en la coyuntura actual, con la propagación de la pandemia de gripe H1N1. La mesa redonda estaba organizándose en el contexto de la iniciativa regional sobre hospitales seguros lanzada por el Consejo Directivo en 2004, la Campaña Mundial de Reducción de Desastres 2008-2009, de las Naciones Unidas, cuyo lema era “Hospitales seguros frente a desastres”, y el Día Mundial de la Salud 2009, que se había centrado en la mejora de la capacidad de recuperación y la seguridad de los establecimientos de salud.

311. La mesa redonda consistiría en tres paneles que abordarían aspectos específicos del tema general de cómo movilizar la voluntad política necesaria para alcanzar la meta de los hospitales seguros. Los arreglos para los paneles se describían en el informe. Los Estados Miembros fueron invitados a dar a conocer su experiencia mediante audiovisuales, televisión, carteles y otros medios en ocasión de la mesa redonda.

312. El Comité tomó nota del informe.

Preparativos para el debate de tipo panel sobre la Alianza Panamericana sobre Nutrición y Desarrollo para Cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (documento CE144/INF/4-C)

313. La doctora Gina Tambini (Gerente del Área de Salud Familiar y Comunitaria de la OSP) presentó el informe sobre los preparativos para el debate de tipo panel, explicando que el objetivo de la Alianza Panamericana era abordar temas relativos a la nutrición y el desarrollo con un enfoque intersectorial integrado. La Alianza había sido establecida por los directores de los organismos de las Naciones Unidas de la Región en julio de 2008 en una reunión celebrada en Washington, D.C., convocada por la Directora de la OSP. En esa reunión, los directores regionales habían examinado el progreso realizado por los países para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la nutrición. La iniciativa de la Alianza se había propuesto con la finalidad de facilitar el trabajo conjunto de todos los organismos de las Naciones Unidas,

especialmente por medio de sus equipos de país, para combatir la desnutrición y promover la consecución de los Objetivos.

314. En el informe se presentaban los antecedentes y se describían los objetivos, los resultados previstos y la metodología para el debate de tipo panel. La Oficina había avanzado en la selección de las personas que tal vez pudieran participar en el panel, entre ellos el Ministro de Salud de Perú, el presidente de Uruguay, el Director del Programa Mundial de Alimentos y el Presidente de CARE Internacional, entre otros.

315. En las deliberaciones subsiguientes, los delegados pusieron de relieve el problema creciente de la obesidad en la Región y preguntaron si la Alianza también abordaría ese problema.

316. La doctora Tambini dijo que se había formado un equipo técnico regional con representantes de diversos organismos de las Naciones Unidas. La idea era adoptar un enfoque integrado y abordar tanto la desnutrición como los desequilibrios alimentarios que llevan al exceso de peso y la obesidad.

317. La Directora dijo que el objetivo principal de la Alianza Panamericana era abordar el problema de la desnutrición crónica. Agregó, sin embargo, que había pruebas científicas de que los niños desnutridos que superaban ese problema a menudo se volvían obesos más adelante como consecuencia de los desequilibrios causados por la desnutrición, los regímenes alimentarios con alto contenido de carbohidratos y la carencia de micronutrientes. La Alianza se concentraba especialmente en los grupos sumamente vulnerables, especialmente los indígenas. Las tasas de desnutrición en la Región se habían mantenido extremadamente rígidas a pesar del progreso realizado en la reducción de la mortalidad en la niñez durante los 20 últimos años. En la Región abundaban los alimentos, pero el acceso era un problema. La Alianza señalaría varias medidas que podrían tomarse en áreas tales como la salud materna, la educación, la asistencia prenatal, las condiciones ambientales, el acceso al agua y el saneamiento. Procuraba ayudar a los gobiernos a formular políticas sociales integradas con un enfoque de ciclos de vida orientadas a los grupos vulnerables.

318. El Comité tomó nota del informe.

Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS (documentos CE144/INF/5-A, B y C)

319. El doctor Juan Manuel Sotelo (Gerente de Relaciones Externas, Movilización de Recursos y Alianzas de la OPS) informó sobre las resoluciones y otras acciones de la 62.^a Asamblea Mundial de la Salud y la 125.^a Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS; la XXXIX Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos; y la Quinta Cumbre de las Américas, que se consideraban de particular interés para los Cuerpos Directivos de la OPS. Señaló que los documentos respectivos contenían cuadros que

indicaban las actividades de la OPS con las cuales se relacionaba cada resolución o acción.

320. La 62.^a Asamblea Mundial de la Salud había tenido lugar en un clima de gran inquietud por la crisis económica mundial y la pandemia de gripe por A (H1N1). El orden del día tenía 18 temas, la mayoría de los cuales estaban relacionados con la política sanitaria. La Asamblea había aprobado 16 resoluciones. Las de mayor interés para las Américas figuraban en la lista del documento CE144/INF/5-A. La 125.^a Reunión del Consejo Ejecutivo se había celebrado justo después de la Asamblea Mundial de la Salud. En el Consejo Ejecutivo, las Américas habían estado representadas por las Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Paraguay y Perú. El Consejo había tratado los informes sobre la eliminación mundial del sarampión, la seguridad y la calidad de los productos sanguíneos, y los defectos congénitos, entre otros asuntos.

321. La XXXIX Asamblea General de la OEA, celebrada en Honduras en junio de 2009, había aprobado la Declaración de San Pedro Sula: Hacia una cultura de la no violencia, que procuraba promover una cultura de paz y no violencia y recalca el respeto de los derechos humanos y los principios de la libertad, la democracia, la solidaridad y la tolerancia. El documento CE144/INF/5-B destacaba las resoluciones aprobadas en la XXXIX Asamblea General que eran de interés particular para los Cuerpos Directivos de la OPS. La Asamblea también había tratado el seguimiento de las decisiones adoptadas en la Quinta Cumbre de las Américas, celebrada en Trinidad y Tabago en abril de 2009.

322. En la Quinta Cumbre, los jefes de Estado y de gobierno de la Región habían adoptado la Declaración de Compromiso de Puerto España: “Asegurando el futuro de nuestros ciudadanos a través de la prosperidad humana, seguridad energética y sostenibilidad ambiental”. Once de los 97 párrafos de la Declaración se referían a temas relacionados con la salud, incluido el acceso universal a la atención de salud, haciendo hincapié en los grupos más vulnerables, el fortalecimiento de los sistemas de salud basados en la atención primaria, y la prevención y el control de enfermedades crónicas no transmisibles. Los compromisos de los jefes de Estado y de gobierno en el área de la salud indicaban que había un claro apoyo político a las estrategias y los planes de acción adoptados por los Cuerpos Directivos de la OMS y la OPS. En calidad de miembro del Grupo de Trabajo Conjunto de Cumbres, la OPS ayudaría a preparar los informes de seguimiento de los compromisos e informaría al respecto a los Cuerpos Directivos de la OPS.

323. La Directora recibió con beneplácito la atención que se había prestado a los temas relacionados con la salud tanto en la XXXIX Asamblea General de la OEA como en la Quinta Cumbre de las Américas y destacó la influencia unificadora que podía tener la salud. Observando que Cuba era un Estado Miembro de la OPS, recibió con beneplácito la decisión de la XXXIX Asamblea General de la OEA sobre la reintegración de Cuba en

la familia interamericana. El hecho de que la Declaración adoptada en la Cumbre incluyera varios párrafos sobre temas de salud podía atribuirse a la estrecha coordinación entre la OPS y la Secretaría de la OEA antes y después de la Cumbre y durante la misma. La OPS había cooperado en la redacción de la resolución de la OEA sobre la pandemia de gripe, que había sido presentada por México. Además, la OPS se había encargado de la vigilancia epidemiológica durante la Cumbre, para lo cual había trabajado en estrecha colaboración con el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y Canadá, que había enviado un laboratorio portátil al evento. El Comando Sur de Estados Unidos se había hecho cargo de los servicios médicos de urgencia.

324. La Directora señaló que las dos últimas sesiones del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo de la OMS habían sido presididas, con gran eficiencia y responsabilidad, por la doctora Merceline Dahl Regis, de las Bahamas, que se había distinguido como representante de las Américas.

325. El Comité Ejecutivo tomó nota de los informes.

Informe de avance sobre asuntos administrativos y financieros (documentos CE144/INF/6-A y B)

Estado de la implementación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS) (documento CE144/INF/6-A)

326. El embajador Lionel Maza (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) dijo que se había informado al Subcomité que la OPS preveía haber implantado plenamente las Normas Contables Internacionales para el Sector Público para enero de 2010. La importante tarea que todavía estaba en marcha en marzo había sido la valoración actuarial de los pasivos a largo plazo, incluidas las prestaciones por separación del servicio y el seguro de enfermedad después de la separación del servicio para los funcionarios jubilados de la OPS. Se había informado que se contrataría un actuario externo para calcular esos costos a largo plazo. Lo que todavía quedaba por hacer en el curso del 2009 era presentar a los Cuerpos Directivos los cambios propuestos en el Reglamento Financiero y las Reglas Financieras, preparar manuales de contabilidad, ofrecer capacitación sobre las IPSAS, determinar la forma de identificar las contribuciones en especie de los Estados Miembros en los estados financieros, señalar los inventarios mantenidos para la venta, determinar qué entidades se unificarían en los estados financieros de la OPS, establecer valoraciones actuales para bienes muebles e inmuebles de la OPS y coordinar la interpretación de las IPSAS por la Organización y el Auditor Externo. También se necesitaría trabajar en los sistemas de computación de la Organización para cumplir los requisitos básicos de las IPSAS.

327. La señora Sharon Frahler (Gerenta del Área de Gestión de Recursos Financieros de la OSP) informó que la conversión a las IPSAS se ajustaba exactamente al calendario

previsto, aunque había resultado ser un gran reto que consumía mucho tiempo de los funcionarios de la OPS. La Organización había contratado a un director del proyecto para la conversión y también había contratado una compañía de actuarios para el cálculo de los pasivos a largo plazo antes mencionados. Se preveía que esas cifras estarían disponibles para mediados de julio de 2009.

328. En mayo de 2009, la OPS había organizado un curso de capacitación de una semana a cargo del doctor Andreas Bergman, miembro de la Junta de las IPSAS, y la señora Frahler había asistido a una reunión del Grupo de Trabajo de las Naciones Unidas sobre las IPSAS.

329. Un organismo de las Naciones Unidas, el Programa Mundial de Alimentos (PMA), ya había implementado las IPSAS y había recibido un dictamen de auditoría sin reservas sobre su proceso de implementación. La OPS estaba trabajando estrechamente con el PMA para aprender de su experiencia con la conversión, la cual, en el caso del PMA, había costado más de \$3 millones.

330. En las deliberaciones subsiguientes, una delegada, refiriéndose al párrafo 7 del documento CE144/INF/6-A, en el cual se mencionaban las limitaciones de diversos sistemas financieros y de contabilidad de la OPS, preguntó cuánto costaría abordar esas limitaciones y si el sistema de contabilidad de la OPS estaría vinculado con el Sistema Mundial de Gestión de la OMS.

331. La señora Frahler respondió que la OPS había preguntado al Programa Mundial de Alimentos si consideraba que era preferible actualizar el sistema de informática antes de implementar las IPSAS o proceder con la implementación y usar improvisaciones. El Programa Mundial de Alimentos había decidido usar improvisaciones, cada una de las cuales había sido aprobada por sus auditores externos. La OPS había decidido adoptar la misma estrategia a corto plazo, aunque a largo plazo la Organización necesitaría un nuevo sistema financiero, capaz de llevar la contabilidad en valores devengados y la capitalización de los activos fijos. Un grupo de trabajo estaba diseñando un sistema de ese tipo y había ultimado recientemente los principios orientadores financieros.

332. La OPS no estaba experimentando problemas con la carga de datos en el Sistema Mundial de Gestión; de hecho, los especialistas de la OPS a veces parecían comprender el sistema mejor que el propio personal del Sistema Mundial de Gestión de la OMS. Había habido dificultades para descargar información del sistema en la OPS, pero también en ese caso el problema parecía radicar en el Sistema Mundial de Gestión y su mecanismo de descarga de datos, y no en la capacidad de la OPS para recibir datos.

333. El Comité tomó nota del informe sobre el estado de la implementación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público.

Fondo Maestro de Inversiones de Capital (documento CE144/INF/6-B)

334. El embajador Lionel Maza (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) dijo que el Subcomité había examinado un informe sobre los proyectos financiados con el Fondo Maestro de Inversiones de Capital que ya se habían iniciado o que se preveía iniciar más adelante. El Subcomité había tomado nota del informe y había pedido que, en las versiones futuras de tales informes, se mostrara la relación entre los proyectos financiados con el Fondo Maestro de Inversiones de Capital y aquellos financiados con la Cuenta Especial.

335. El señor Michael Boorstein (Director de Administración de la OSP) agradeció a los Estados Miembros por haber aceptado establecer el Fondo, que proporcionaba un mecanismo para invertir en la infraestructura de la OPS y permitía disponer de fondos para gastos recurrentes en licencias de software y otros soportes para los sistemas de información de la Organización. Los detalles de los proyectos financiados con el Fondo Maestro de Inversiones de Capital constaban en el documento CE144/INF/6-B, que mostraba la situación a abril del 2009. Los anexos de ese documento contenían información más actualizada.

336. Comenzando por el Fondo Subsidiario de Bienes Inmuebles, señaló en particular los \$97.000 que iban a gastarse en mejoras de las oficinas de la representación en Brasil. Como el Gobierno de Brasil había sufragado esas mejoras, la cantidad que se preveía gastar todavía estaba disponible en el Fondo. Además, se había previsto remodelar los ascensores del edificio de la Sede en Washington, D.C., en el bienio en curso, pero ese proyecto se había diferido hasta 2010, en parte para que los ascensores existentes pudieran usarse con el fin de transportar materiales para otro proyecto (el reemplazo de todas las ventanas del edificio). También señaló las repercusiones de la aprobación anterior por el Comité del financiamiento acelerado del proyecto de reemplazo de las ventanas, así como para el Centro de Operaciones de Emergencia (véanse los párrafos 254 a 261).

337. Pasando al Fondo Subsidiario de Tecnología de la Información, puso de relieve un gasto de \$42.000 en Chile, donde se había perpetrado un robo en la representación y se había perdido gran parte del equipo de informática.

338. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe sobre el estado del Fondo Maestro de Inversiones de Capital.

Otros asuntos

339. La Directora recordó que la Oficina de Servicios de Supervisión Interna y Evaluación de la OPS no había tenido un auditor principal durante casi cuatro años, lo cual había sido motivo de preocupación para los Estados Miembros. La Organización

había tratado de varias maneras de atraer a un candidato apropiado, incluso mejorando la descripción y el título del cargo y convirtiéndolo en un cargo D-1, pero no había tenido éxito. Ahora, finalmente, la Organización parecía haber encontrado varios candidatos debidamente calificados, que habían dado los exámenes para determinar su idoneidad y habían sido entrevistados, y la OPS estaba verificando las referencias. Se preveía que se seleccionaría un candidato para fines de julio de 2009.

340. Observando que Colombia había anunciado en la sesión de marzo del Subcomité que se postularía como miembro del Comité Ejecutivo, instó a las diversas subregiones a que reflexionaran sobre los países que desearían postular para las elecciones que tendrían lugar durante el Consejo Directivo.

Clausura de la sesión

341. Tras el intercambio usual de fórmulas de cortesía, el Presidente declaró clausurada la 144.^a sesión del Comité Ejecutivo.

Resoluciones y decisiones

342. A continuación figuran las resoluciones y decisiones aprobadas por el Comité Ejecutivo en su 144.^a sesión:

Resoluciones

CE144.R1: Propuesta de creación de un Comité de Auditoría

LA 144.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el documento *Propuesta de creación de un Comité de Auditoría* (documento CE144/26, Rev. 1) y considerado los términos de referencia señalados para ese Comité contenidas en el documento; y

Tomando nota del informe de la Oficina sobre este asunto,

RESUELVE:

Recomendar al 49.º Consejo Directivo que apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

CREACIÓN DE UN COMITÉ DE AUDITORÍA

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el documento *Propuesta de creación de un Comité de Auditoría* (documento CD49/__);

Consciente de las iniciativas en curso en la Organización para establecer un marco de gobernanza que refleje las mejores prácticas internacionales; y

Teniendo en cuenta la propuesta de crear un órgano asesor experto independiente para apoyar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y a los Estados Miembros de la Organización en relación con el funcionamiento de los mecanismos de control financiero e información, el proceso de gestión del riesgo y otros mecanismos de control relacionados con las auditorías de la Organización,

RESUELVE:

1. Crear un Comité de Auditoría para la Organización Panamericana de la Salud.
2. Aprobar los siguientes Términos de Referencia para el Comité de Auditoría de la OPS:

Principio orientador

1. El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) establecerá un Comité de Auditoría a fin de que desempeñe la función de organismo de consulta independiente y de que oriente al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y a los Estados Miembros de la Organización, a través del Comité Ejecutivo, acerca del funcionamiento de los mecanismos de control financieros y de presentación de informes de la Organización y de los procesos de gestión de riesgos y otros tipos de control relacionados con la auditoría. El Comité de Auditoría cumplirá esta función por medio de revisiones independientes de la labor que se realiza en el sistema de controles internos y externos de la OPS, que comprende la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (IES), el Auditor Externo y la administración y gerencia de la Organización. El trabajo del Comité de Auditoría se hará de conformidad con las normas y las mejores prácticas internacionalmente aceptadas y en cumplimiento de las políticas, normas y reglamentos de la OPS. El Comité de Auditoría no reemplaza las funciones del Comité Ejecutivo de la OPS ni del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración.

Función del Comité

2. El Comité de Auditoría de la OPS deberá:
 - a) examinar y vigilar la idoneidad, eficiencia y efectividad de los procesos de evaluación y gestión del riesgo utilizados en la Organización, del sistema de controles internos y externos (que abarca la función de supervisión interna de la Organización y la función del Auditor Externo) y la ejecución oportuna y eficaz por la gerencia de las recomendaciones de las auditorías;
 - b) brindar orientación acerca de asuntos relacionados con el sistema de controles internos y externos, sus estrategias, sus planes de trabajo y su desempeño;
 - c) notificar acerca de cualquier asunto relacionado con las políticas y los procedimientos de la Organización que requieran medidas correctivas y sobre mejoras recomendadas en materia de controles, incluyendo evaluaciones, auditorías y gestión del riesgo;
 - d) hacer observaciones sobre los planes de trabajo y el presupuesto propuesto para las funciones de auditoría interna y externa;
 - e) emitir recomendaciones sobre las implicaciones operativas de los asuntos y tendencias que se observan en los estados financieros de la Organización y sobre aspectos importantes de la política de presentación de informes financieros;
 - f) asesorar sobre la idoneidad y la eficacia de las políticas contables y procedimientos de divulgación y evaluar modificaciones y riesgos de dichas políticas; y
 - g) proporcionar orientación al Director en el proceso de selección del Auditor General de la OPS y al Comité Ejecutivo en cuanto a la selección del Auditor Externo.

Composición del Comité

3. El Comité de Auditoría estará integrado por tres miembros que cuenten con el más alto grado de integridad y que serán totalmente independientes de la Organización. El Comité de Auditoría será nombrado por el Comité Ejecutivo de la OPS. Los miembros desempeñarán sus funciones a título personal. Cada miembro ejercerá la presidencia del Comité por períodos de un año en forma rotatoria.

Criterios para la selección de los miembros

4. Todos los miembros del Comité deben tener experiencia reciente, pertinente y de alto nivel en supervisión financiera, auditoría y/o otro tipo de fiscalización financiera similar. Esa experiencia debe abarcar, en la medida de lo posible:

- a) experiencia en la preparación, verificación, análisis o evaluación de estados financieros que presenten una amplitud y un grado de complejidad contable comparable a la amplitud y complejidad de las cuestiones que enfrenta la Organización, incluido el conocimiento de principios contables pertinentes generalmente aceptados;
- b) conocimientos y, si fuera posible, experiencia pertinente acerca de los procesos de inspección, vigilancia y evaluación;
- c) conocimientos acerca del control interno, la gestión del riesgo, la investigación y los procedimientos para la presentación de informes financieros; y
- d) conocimientos generales acerca de la organización, estructura y funcionamiento de los organismos internacionales pertenecientes al sistema de las Naciones Unidas.

Términos del contrato de empleo

5. Los miembros del Comité de Auditoría serán nombrados para desempeñar sus funciones por no más de dos períodos de tres años cada uno. El ciclo de elección se fijará al establecerse el comité. Los miembros pueden ser reelegidos por un segundo y último período de tres años, con excepción de los tres miembros iniciales del Comité, que serán designados por sorteo para desempeñar sus funciones por un período inicial de dos, tres o cuatro años. Los miembros que hayan servido anteriormente en el Comité de Auditoría podrán ser nombrados nuevamente siempre que no hayan servido por más de dos períodos completos.

Propuesta de candidatos

6. El Director recomendará una lista de candidatos idóneos. La lista será notificada al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración antes de la sesión del Comité Ejecutivo y deberá incluir un curriculum vitae detallado de cada uno de los candidatos.

7. La lista de candidatos será sometida a una evaluación, que podrá incluir la solicitud de información adicional y modificaciones posteriores. Los candidatos que ocupen los primeros lugares según los Criterios para la Selección de los Miembros serán propuestos por el Subcomité al Comité Ejecutivo para que tome una decisión.

Responsabilidad de los miembros

8. Mientras permanezcan en ejercicio de sus funciones, los miembros del Comité de Auditoría no solicitarán ni recibirán instrucciones de ninguna autoridad gubernamental nacional. Actuarán en calidad de asesores, sin funciones ejecutivas, y serán totalmente independientes de todo gobierno u organismo, estructura o entidad de la Organización. Los miembros se guiarán exclusivamente por sus conocimientos técnicos y su juicio.

profesional, teniendo en cuenta las decisiones colectivas de los Cuerpos Directivos de la OPS.

9. Los miembros del Comité de Auditoría estarán obligados a firmar una declaración de confidencialidad al comienzo de su mandato, además del formulario de declaración de intereses de la Organización. En los casos en que surja un conflicto de intereses real o posible, el miembro declarará tal interés y se excusará del debate del comité sobre el asunto pertinente.

Reuniones y reglamento interno

10. El Comité de Auditoría de la OPS se reunirá normalmente en períodos de sesiones ordinarios dos veces al año. Podrán programarse otras reuniones *ad hoc*, si fuese necesario. El presidente del comité determinará la secuencia cronológica de las reuniones y la necesidad de celebrar reuniones adicionales en el transcurso del año. También elaborará el orden del día de las reuniones, teniendo en cuenta las solicitudes del Director o del Comité Ejecutivo de la OPS. Las reuniones serán convocadas por la secretaría del Comité a nombre del presidente. Por lo general, se les avisará a los miembros del Comité de Auditoría la fecha de las reuniones por lo menos con cuatro semanas de anticipación.

11. El Director, el Auditor Externo, el Auditor General, el Director de Administración y el Gerente de Recursos Financieros de la OPS asistirán a las sesiones del Comité de Auditoría por invitación del Presidente del Comité.

12. El Comité de Auditoría puede decidir ocasionalmente realizar reuniones a puertas cerradas, conforme lo determine el Comité.

13. El Comité de Auditoría procurará funcionar sobre la base del consenso.

14. Los miembros desempeñan su cargo a título personal y no pueden ser representados por un suplente.

15. Las funciones administrativas y de apoyo secretarial para el Comité de Auditoría, incluidas la preparación y el mantenimiento de las actas de las sesiones, serán desempeñadas por personal independiente contratado según sea necesario para esa finalidad, el cual reportará directamente al Presidente sobre los asuntos relacionados con el trabajo del Comité de Auditoría.

Divulgación

16. La secretaría del Comité de Auditoría, los observadores y toda persona invitada por el Comité para asistir a sus sesiones no harán público ningún documento o información sin autorización previa del Comité.

17. Todo miembro del Comité de Auditoría que informe sobre la labor del comité procurará que los materiales confidenciales estén protegidos y mantendrá adecuadamente informados a los otros miembros.

Acceso

18. El Comité de Auditoría tendrá acceso a todos los registros y documentos de la Organización, lo que incluye, aunque sin limitarse a ellos, los informes de auditoría y documentos de trabajo de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación y los informes presentados por el Auditor Externo.

19. El Comité de Auditoría podrá convocar a cualquier funcionario o empleado de la Organización, incluido el personal directivo superior, y solicitar reuniones con cualquier parte, según considere necesario para obtener información pertinente para su trabajo.

20. El Auditor Externo y el Auditor General de la OPS también tendrán acceso irrestricto y confidencial al Presidente del Comité.

21. El Comité de Auditoría podrá recibir asesoramiento jurídico u otra ayuda profesional independiente si lo considera necesario.

Presentación de informes

22. El Presidente del Comité de Auditoría interactuará regularmente con el Director y le informará acerca de los resultados de las deliberaciones del Comité, así como de todo asunto pertinente a sus actividades.

23. El Comité de Auditoría preparará un informe anual de su labor para presentarlo al Comité Ejecutivo de la OPS. El Comité de Auditoría también podrá preparar informes *ad hoc* de acuerdo con lo solicitado por el Comité Ejecutivo. El Director tendrá la oportunidad de formular observaciones acerca de todos los informes antes de su presentación al Comité Ejecutivo.

Recursos

24. Se proporcionarán al Comité de Auditoría los recursos que necesite para el cumplimiento de sus responsabilidades. Los fondos serán incluidos en el presupuesto bienal de la Organización para prever apoyo administrativo, costos de viajes y alojamiento con relación a las responsabilidades de los miembros del Comité. Los viajes se procesarán de conformidad con las normas y procedimientos de la OPS. Los miembros ejercerán sus funciones sin percibir remuneración de la OPS.

Revisión de los Términos de Referencia

25. El Comité Ejecutivo examinará periódicamente el desempeño del Comité de Auditoría con la finalidad de evaluar su eficacia y formular las recomendaciones

pertinentes, en consulta con el Director, con respecto a sus miembros y sus Términos de Referencia. Los Términos de Referencia del Comité de Auditoría podrán ser modificados por el Consejo Directivo según sea necesario.

(Segunda reunión, 22 de junio del 2009)

CE144.R2, Corrig.: Recaudación de las cuotas

LA 144.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora sobre la recaudación de las cuotas (documento CE144/23 y Add. I), incluido un informe sobre el estado del fondo fiduciario denominado *Contribuciones voluntarias para los programas prioritarios: vigilancia, prevención y atención de enfermedades crónicas; salud mental y abuso de sustancias psicotrópicas; tabaco; reducción de los riesgos del embarazo; infección por el VIH/sida; y dirección;*

Tomando nota de la información suministrada acerca de los Estados Miembros que presentan atrasos 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 22 Estados Miembros que no han efectuado pagos de las cuotas correspondientes al 2009 y que las cantidades recaudadas respecto de las cuotas del 2009 representa solamente 14% del total asignado para el año en curso,

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* (documento CE144/23 y Add. I).

2. Instar a los Estados Miembros a que sigan proporcionando recursos económicos para apoyar el 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.*
3. Agradecer a los Estados Miembros que ya han efectuado pagos correspondientes al 2009 e instar a los demás Estados Miembros a que paguen sus cuotas pendientes cuanto antes.
4. Solicitarle a la Directora que siga informando a los Estados Miembros acerca de sus saldos pendientes y que informe al 49.º Consejo Directivo sobre el estado de la recaudación de las cuotas.
5. Recomendar al 49.º Consejo Directivo que las restricciones al derecho de voto contenidas en el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS se apliquen estrictamente a los Estados Miembros que para la fecha de apertura de esa sesión no hayan efectuado pagos sustanciales para cumplir con sus compromisos relativos a las cuotas.

(Segunda reunión, 22 de junio del 2009)

CE144.R3: Examen de las organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS

LA 144.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el informe del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración (documento CE144/6); y

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

RESUELVE:

1. Mantener las relaciones oficiales entre la Organización Panamericana de la Salud y la Sociedad Estadounidense de Microbiología (ASM), la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS), la Federación Internacional de la Diabetes (IDF), la Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica (FIFARMA), la Fundación de *March of Dimes* (MOD), la *U.S. Pharmacopeia* (USP) y la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS).

2. Suspender las relaciones oficiales entre la Organización Panamericana de la Salud y la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESp).
3. Solicitar a la Directora:
 - a) que informe a las organizaciones no gubernamentales respectivas de las decisiones adoptadas por el Comité Ejecutivo;
 - b) que siga manteniendo relaciones de trabajo dinámicas con las organizaciones no gubernamentales interamericanas de interés para la Organización en las áreas que están dentro de las prioridades programáticas que los Cuerpos Directivos han aprobado para la OPS;
 - c) que presente un informe anual de la interrelación entre la OPS y las organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales a fin de que se pueda evaluar el aporte de dicha colaboración a los objetivos estratégicos definidos por la Organización en el marco del Plan Estratégico 2008-2012; y
 - d) que siga fomentando las relaciones entre los Estados Miembros y las organizaciones no gubernamentales que actúan en el campo de la salud.

(Segunda reunión, 22 de junio del 2009)

CE144.R4: Plan de acción para la ejecución de la política en materia de igualdad de género

LA 144.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora *Plan de acción para la ejecución de la política en materia de igualdad de género* (documento CE144/14),

RESUELVE:

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

PLAN DE ACCIÓN PARA LA EJECUCIÓN DE LA POLÍTICA EN MATERIA DE IGUALDAD DE GÉNERO

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora *Plan de acción para la ejecución de la política en materia de igualdad de género* (documento CD49/__);

Recordando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994); la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing (Beijing, 1995); las recomendaciones e informes de la Conferencia de Beijing+10 (2005); las conclusiones acordadas por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (1997/2); la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (2000); el documento final de la Cumbre Mundial 2005 (resolución A/RES/60/1 de la Asamblea General de las Naciones Unidas); y la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud WHA58.30 a fin de acelerar la consecución de los objetivos de desarrollo relacionados con la salud acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio, la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), el Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará);

Observando la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la incorporación de la perspectiva de género en las actividades de la OMS (resolución WHA60.25), en la que se insta a los Estados Miembros a que formulen estrategias nacionales a fin de integrar las cuestiones de género en los sistemas de salud y se solicita a la Directora General que incorpore el análisis y las acciones de género en la labor de la OMS;

Reconociendo la adopción y la ejecución de las políticas en materia de igualdad de género en los Estados Miembros, el sistema de las Naciones Unidas y el sistema interamericano;

Recordando la resolución CD46.R16 del 46.º Consejo Directivo, por la cual se adoptó la Política en materia de igualdad de género de la OPS;

Consciente de que persisten en la Región desigualdades de género en materia de salud y reconociendo los datos que avalan que la integración del género en las leyes, las políticas, los programas y los proyectos de salud mejora la equidad, la eficacia y la eficiencia en salud pública; y

Reconociendo que el Plan de acción pretende abordar las inequidades persistentes por razones de género en la salud al ejecutar la Política en materia de igualdad de género en toda la OPS y en las leyes, políticas, programas, sistemas de vigilancia e investigación de los Estados Miembros,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que adopten y promuevan la implantación del Plan de acción para la ejecución de la Política en materia de igualdad de género como un marco para lograr la igualdad de género en la salud;
 - b) a que elaboren planes, políticas y leyes nacionales de salud que impulsen la integración de la igualdad de género en los sistemas de salud y elaboren políticas, programas y leyes sanitarias específicas con una perspectiva de igualdad de género y garanticen que se ejecuten mediante el establecimiento o el fortalecimiento de una oficina de género dentro del ministerio de salud;
 - c) a que generen informes sistemáticos sobre la desigualdad en materia de género en la salud para la planificación, la promoción de la causa y la vigilancia mediante la producción, el análisis y el uso de información desglosada por sexo y otras variables pertinentes;
 - d) a que faciliten la creación de grupos de consulta nacionales intersectoriales que incluyan a las organizaciones de la sociedad civil, a fin de brindar apoyo al sector de la salud al ejecutar el Plan de acción; y
 - e) a que promuevan y fortalezcan las alianzas con otros organismos del sistema de la Naciones Unidas y otras organizaciones a fin de brindar apoyo a la ejecución del Plan de acción.
2. Solicitar a la Directora:
 - a) que garantice la ejecución del Plan de acción y brinde apoyo a los Estados Miembros a fin de que puedan avanzar en la puesta en práctica de los planes nacionales para integrar la igualdad de género en los sistemas de salud;
 - b) que proporcione los conocimientos sobre los adelantos y las mejores prácticas para lograr la igualdad de género en la salud, así como sobre las dificultades para alcanzarla;
 - c) que facilite la vigilancia del avance de la ejecución del Plan de acción en la labor y la colaboración técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana;
 - d) que cuente con el apoyo de un grupo consultivo técnico y otros mecanismos internos y externos que incluyan la participación de la sociedad civil para la ejecución y la vigilancia del Plan de acción; y

- e) a que promueva y fortalezca las alianzas con otros organismos del sistema de la Naciones Unidas y otras organizaciones a fin de brindar apoyo a la ejecución del Plan de acción.

(Cuarta reunión, 24 de junio del 2009)

CE144.R5: Salud familiar y comunitaria

LA 144.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el documento conceptual *Salud familiar y comunitaria* (documento CE144/21),

RESUELVE:

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

SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el documento conceptual *Salud familiar y comunitaria* (documento CD49/__);

Reconociendo que la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 requiere el aumento de la protección social y el acceso a servicios de salud de calidad; que se aborden los factores determinantes de la salud; que disminuyan las desigualdades en materia de salud entre los países y las inequidades dentro de ellos; que se reduzcan los riesgos y la carga de enfermedad, y se fortalezcan la gestión y el desarrollo del personal sanitario;

Teniendo en cuenta el Informe sobre la salud en el mundo 2008, sobre atención primaria de salud y la necesidad de elaborar y fortalecer las políticas públicas para ampliar la cobertura en la prestación de servicios de salud de calidad con una orientación de salud familiar y comunitaria; y

Consciente de los mandatos internacionales y regionales acerca de la salud familiar y comunitaria, y reconociendo que para poder alcanzar las metas de salud establecidas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio a los niveles nacional, regional y mundial es necesario cumplirlas a nivel local con la participación y colaboración de los servicios sociales y de salud, con las familias y las comunidades,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que adopten un enfoque integral e intercultural de salud familiar y comunitaria como un marco eficaz para promover e integrar políticas sociales, estrategias de desarrollo local, programas de salud pública, y servicios de atención de salud con miras a fortalecer la capacidad de las familias y las comunidades para afrontar las dificultades y asegurar la salud y bienestar de sus miembros;
 - b) a que redoblen sus esfuerzos para garantizar el acceso universal a servicios y programas de salud, tanto individuales como colectivos, como un componente fundamental de una agenda de protección social, mediante el desarrollo de sistemas integrados de salud basados en la atención primaria de salud;
 - c) a que fortalezcan el desarrollo, la gobernanza, la gestión y el desempeño de redes integradas de servicios de salud centradas en la población para responder a las necesidades de salud específicas de las personas en diferentes etapas de su vida y en el contexto de sus familias y comunidades; y
 - d) a que inviertan en la capacitación de los recursos humanos necesarios para mantener la extensión y la ampliación de servicios multidisciplinarios y en equipo de atención primaria de salud, y de los programas y las intervenciones de salud pública con un enfoque integral e intercultural de salud familiar y comunitaria.
2. Solicitar a la Directora:
 - a) que apoye el desarrollo de modelos de atención y de capacitación de recursos humanos, así como la organización, gestión y prestación de servicios de salud centrados en la familia y la comunidad para prestar atención de salud integral, continua, integrada y de calidad con enfoques de género e interculturalidad;
 - b) que propicie la integración del enfoque de salud familiar y comunitaria en los programas de la OPS;
 - c) que abogue por la participación de organismos internacionales, instituciones científicas y técnicas, organizaciones de la sociedad civil, el sector privado y otros, en iniciativas de apoyo nacionales y locales sobre salud familiar y comunitaria, haciendo hincapié en países prioritarios y áreas y poblaciones de las Américas que carecen de protección social; y
 - d) que facilite el intercambio de experiencias y prácticas óptimas en materia de salud familiar y comunitaria entre países y fortalezca los mecanismos para la

investigación operativa y la evaluación y el seguimiento estandarizados de actividades de salud familiar y comunitaria, a fin de poder hacer comparaciones internacionales y longitudinales de su eficacia y eficiencia.

(Quinta reunión, 24 de junio del 2009)

CE144.R6: Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes

LA 144.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora *Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes* (documento CE144/13, Rev. 1), basado en el Plan Estratégico de la OPS para el período 2008-2012,

RESUELVE:

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

**PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES
Y LOS JÓVENES**

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora *Plan de Acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes* (documento CD49/___), que se basa en el Plan Estratégico de la OPS 2008-2012;

Tomando nota de la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la Estrategia para la salud y el desarrollo del niño y el adolescente (WHA56.21, 2003) que insta a los gobiernos a que intensifiquen y extiendan los esfuerzos para luchar por la amplia cobertura de servicios y promover el acceso a información en materia de salud para los adolescentes; el Plan Iberoamericano de Cooperación e Integración de la Juventud 2009-2015, y la resolución CD48.R5 del Consejo Directivo de la OPS sobre la Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes 2010-2018, en los cuales los gobiernos reconocieron formalmente las necesidades diferenciadas de la población joven y aprobaron la elaboración de un plan de acción;

Recordando el derecho de adolescentes y jóvenes al goce del grado máximo de salud, según se establece en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas y otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos;

Entendiendo que el paso exitoso a través de la adolescencia y juventud es esencial para construir sociedades saludables, comprometidas y económicamente bien desarrolladas;

Reconociendo que la salud de los adolescentes y los jóvenes es un aspecto fundamental del desarrollo económico y social en las Américas, que sus comportamientos y problemas de salud constituyen una parte importante de la carga de morbilidad general, que el costo asociado con el tratamiento de las enfermedades crónicas es alto y que se cuenta con medidas preventivas eficaces y de intervención anticipada;

Considerando que los resultados en cuanto a la salud de los adolescentes y los jóvenes serán más eficaces si la promoción de salud, la atención primaria de salud, la protección social y los determinantes sociales son tomados en cuenta al atender a los temas de salud prioritarios que afectan a estas poblaciones;

Reconociendo que la Organización Panamericana de la Salud ha colaborado con los países de la Región para establecer bases conceptuales y técnicas e infraestructura para la elaboración de programas y políticas nacionales de salud de adolescentes y jóvenes;

Preocupados porque las necesidades específicas de adolescentes y jóvenes no se han atendido adecuadamente y porque el logro de las metas internacionales requerirá esfuerzos adicionales en cuanto a la salud de adolescentes y jóvenes; y

Considerando la importancia de un plan de acción para poner en marcha la Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes, que guiará la preparación de futuros planes nacionales de salud de adolescentes y jóvenes, según corresponda, y los planes estratégicos de todas las organizaciones interesadas en la cooperación para la salud con este grupo de edad en los países de las Américas,

RESUELVE:

1. Respaldar el Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes para responder de manera eficaz y eficiente a las necesidades actuales y emergentes en relación con la salud de los adolescentes y los jóvenes, con consideración específica a las desigualdades prevalecientes en el estado de salud, y para fortalecer la respuesta del sistema sanitario a fin de elaborar y ejecutar políticas, leyes, planes, programas y servicios para los adolescentes y los jóvenes.
2. Instar los Estados Miembros:
 - a) a que prioricen la mejora de la salud de los adolescentes y los jóvenes, y la reducción de los factores de riesgo mediante el establecimiento o el

- fortalecimiento de programas nacionales y el aseguramiento de los recursos apropiados, y a que mejoren la coordinación dentro del sector de la salud y con los asociados de otros sectores, a fin de procurar que se pongan en práctica medidas e iniciativas sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes y los jóvenes, reduciendo al mínimo la duplicación de esfuerzos y potenciando al máximo la repercusión de los recursos limitados;
- b) a que elaboren y ejecuten los planes nacionales y promuevan la ejecución de las políticas públicas guiadas por el Plan de acción, centrándose en las necesidades de poblaciones de bajos ingresos y vulnerables;
 - c) a que coordinen con otros países de la Región la puesta en práctica de las actividades de sus planes de acción, y la difusión y el uso de herramientas que promuevan la salud de los adolescentes y los jóvenes;
 - d) a que ejecuten el Plan de acción, según corresponda, dentro de un enfoque integrado del sistema de salud basado en la atención primaria de salud, haciendo hincapié en la acción intersectorial, vigilando y evaluando la eficacia del programa y la asignación de recursos;
 - e) a que promuevan la recopilación y el uso de datos sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes, desglosados por edad, sexo y grupo étnico, y el uso de un análisis de género, de nuevas tecnologías (por ejemplo, sistemas de información geográfica) y de modelos de proyección para fortalecer la planificación, entrega y vigilancia de planes, políticas, programas, leyes e intervenciones nacionales relacionados con la salud de los adolescentes y los jóvenes;
 - f) a que promuevan y establezcan entornos favorables que fomenten la salud y el desarrollo de los adolescentes y los jóvenes;
 - g) a que aumenten la cobertura de los servicios de salud de calidad y el acceso a ellos —incluidos la promoción, la prevención, el tratamiento eficaz y la atención en curso— para aumentar su demanda y utilización por los adolescentes y los jóvenes;
 - h) a que apoyen el aumento de la capacidad para los responsables de las políticas, los directores de programas y los proveedores de atención sanitaria, para elaborar políticas y programas que procuren la promoción del desarrollo de la comunidad y presten servicios de salud de calidad y eficaces que atiendan las necesidades de salud de los adolescentes y los jóvenes y sus determinantes de la salud relacionados;

- i) a que hagan participar a los adolescentes y jóvenes, sus familias, las comunidades, las escuelas, y otras instituciones y organizaciones apropiadas, en el suministro de programas de promoción y prevención culturalmente sensibles y adecuados a la edad, como parte del método integral de mejora de la salud y el bienestar de los adolescentes y los jóvenes;
 - j) a que establezcan asociaciones con los medios para promover una imagen positiva de los adolescentes y los jóvenes que promuevan comportamientos apropiados y el compromiso con los problemas de salud; y
 - k) a que promuevan la recopilación, el uso y el intercambio de datos sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes a fin de fortalecer a nivel local y regional la planificación, la ejecución y la vigilancia de los planes, programas e intervenciones de salud pública nacionales relativos a la salud de los adolescentes y jóvenes.
3. Solicitar a la Directora:
- a) que establezca un grupo consultivo técnico de duración limitada para brindar orientación sobre los temas pertinentes para la salud y el desarrollo de los adolescentes y los jóvenes;
 - b) que promueva la coordinación y la puesta en práctica del Plan de acción mediante la integración de las acciones por las áreas programáticas de la OPS, en los ámbitos nacional, subregional, regional e interinstitucional;
 - c) que colabore con los Estados Miembros en la puesta en práctica del plan de acción según su propio contexto y prioridades nacionales, y que promueva la difusión y el uso de los productos derivados de ello en los ámbitos nacional, subregional, regional e interinstitucional;
 - d) que fomente la creación de iniciativas de investigación de colaboración que pueda proporcionar la base de pruebas necesaria para establecer y prestar programas eficaces y apropiados para el desarrollo y la edad, e intervenciones para los adolescentes y los jóvenes;
 - e) que establezca nuevas alianzas o fortalezca las existentes dentro de la comunidad internacional a fin de determinar los recursos humanos, la tecnología y las necesidades económicas para garantizar la puesta en marcha del Plan de acción;
 - f) que fomente la cooperación técnica entre países, subregiones, organizaciones internacionales y regionales, entidades del gobierno, organizaciones privadas, universidades, medios de comunicación, sociedad civil, organizaciones de

- jóvenes, organizaciones religiosas, y comunidades, en actividades que promuevan la salud de los adolescentes y los jóvenes;
- g) que promueva la coordinación del Plan de acción mediante iniciativas similares por otros organismos internacionales de cooperación técnica y financiamiento, para mejorar y abogar por la salud de los adolescentes y los jóvenes en los países; y
 - h) que rinda cuentas periódicamente a los Cuerpos Directivos de la OPS sobre los progresos y las limitaciones evaluados durante la ejecución del Plan de acción, y que considere la adaptación de este Plan para responder a los contextos variables y los nuevos retos en la Región.

(Quinta reunión, 24 de junio del 2009)

CE144.R7: Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud

LA 144.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora *Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en la Atención Primaria de Salud* (documento CE144/17), en el que se resume el problema de la fragmentación de los servicios de salud y se propone la creación de redes integradas de servicios de salud para abordarlo;

Preocupado por los altos niveles de fragmentación de los servicios de salud y por su repercusión negativa en el desempeño general de los sistemas de salud, lo que se manifiesta en dificultades en el acceso a los servicios, prestación de servicios de baja calidad técnica, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, aumento innecesario de los costos de producción y poca satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos; y

Reconociendo los compromisos contraídos de conformidad con el artículo III de la Declaración de Montevideo acerca de la renovación de la atención primaria de salud, con el párrafo 49 de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017; y con el párrafo 6 del Consenso de Iquique de la XVII Cumbre Iberoamericana de Ministros de Salud, que hacen hincapié en la necesidad de crear modelos de atención a la salud más integrales, que incluyan redes de servicios de salud,

RESUELVE:

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

REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD BASADAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora *Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en la Atención Primaria de Salud* (documento CD49/__), en el que se resume el problema de la fragmentación de los servicios de salud y se propone el establecimiento de redes integradas de servicios de salud para abordarlo;

Preocupado por los altos niveles de fragmentación de los servicios de salud y por su repercusión negativa en el desempeño general de los sistemas de salud, lo que se manifiesta en dificultades en el acceso a los servicios, prestación de servicios de baja calidad técnica, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, aumento innecesario de los costos de producción y poca satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos;

Consciente de la necesidad de fortalecer los sistemas de salud basadas en la atención primaria de salud (APS) como estrategia fundamental para logro de las metas nacionales e internacionales de salud, entre otras las estipuladas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio;

Reconociendo que las redes integradas de servicios de salud constituyen una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de la prestación de servicios de salud, que contribuyen a hacer realidad varios de sus elementos esenciales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral; la atención de salud apropiada; la organización y gestión óptimas, y la acción intersectorial, entre otros;

Conciente de que las redes integradas de servicios de salud mejoran la accesibilidad del sistema, reducen la atención inadecuada, reducen la fragmentación de la atención de salud, evitan la duplicación de la infraestructura y los servicios, disminuyen los costos de producción y responden mejor a las necesidades y expectativas de las personas, las familias y las comunidades; y

Reconociendo los compromisos contraídos de conformidad con el artículo III de la Declaración de Montevideo acerca de la renovación de la Atención Primaria de Salud, con el párrafo 49 de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017; y con el párrafo 6 del Consenso de Iquique de la XVII Cumbre Iberoamericana de Ministros de Salud, que enfatizan la necesidad de crear modelos de atención a la salud más integrales, que incluyan redes de servicios de salud,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que tomen conciencia del problema de la fragmentación de los servicios de salud en el sistema de salud, y si fuera el caso, en los subsistemas que lo componen;
 - b) a que propicien un diálogo con todos los actores pertinentes, en particular con los proveedores de servicios de salud y las personas que realizan el trabajo de cuidados en los hogares y la comunidad en general, acerca del problema de la fragmentación de los servicios y las estrategias para abordarla;
 - c) a que elaboraren un plan nacional de acción que busque impulsar el establecimiento de redes integradas de servicios de salud con un enfoque de salud familiar y comunitaria como modalidad preferencial de prestación de servicios de salud dentro del país;
 - d) a que promuevan la formación y gestión de los recursos humanos compatibles con la creación de las redes integradas de servicios de salud; y
 - e) a que lleven a la práctica y evalúen periódicamente el plan nacional de acción para el establecimiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud.
2. Solicitar a la Directora:
 - a) que apoye a los países de la Región en la elaboración de sus planes nacionales de acción para la creación de redes integradas de servicios de salud;
 - b) que promueva la creación de redes integradas de servicios de salud a nivel de las fronteras comunes, lo que incluye, cuando corresponda, esquemas de cooperación y de compensación de los servicios entre distintos países (o “servicios compartidos” en el caso del Caribe);
 - c) que formule marcos conceptuales y analíticos, herramientas, métodos y guías que faciliten el establecimiento de redes integradas de servicios de salud;
 - d) que apoye la formación y la gestión de los recursos humanos de salud compatibles con el establecimiento de redes integradas de servicios de salud, incluso de las personas que no reciben remuneración y que prestan cuidados de salud en el hogar y la comunidad;

- e) que movilice recursos en apoyo al establecimiento de redes integradas de servicios de salud en la Región, lo que abarca la documentación de buenas prácticas y el intercambio de experiencias exitosas entre países;
- f) que vigile y evalúe el progreso de las redes integradas de servicios de salud en los países de la Región; y
- g) que promueva un diálogo con la comunidad de organismos de cooperación/donantes internacionales con el objeto de que cobren conciencia acerca del problema de la fragmentación de los servicios de salud y busque su apoyo para el establecimiento de redes integradas de servicios de salud en la Región.

(Quinta reunión, 24 de junio del 2009)

CE144.R8: Estrategia y plan de acción sobre salud mental

LA 144.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora *Estrategia y plan de acción sobre salud mental* (documento CE144/12),

RESUELVE:

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

ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE SALUD MENTAL

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora *Estrategia y plan de acción sobre salud mental* (documento CD49/___);

Reconociendo la carga que representan los trastornos mentales y por abuso de sustancias —en términos de morbilidad, mortalidad y discapacidad— en el mundo y en la Región de las Américas en particular, así como la brecha existente en cuanto al número de personas enfermas que no reciben ningún tipo de tratamiento;

Entendiendo que no hay salud física sin salud mental y que es necesario un abordaje del proceso de salud y enfermedad no solo desde la perspectiva de la atención al daño, sino también desde el ángulo de la protección de los atributos positivos de la salud y del fomento del bienestar de la población; y, además, que desde esta perspectiva de

salud pública los factores psicosociales y relacionados con la conducta humana desempeñan una función crucial;

Considerando el contexto y el fundamento para la acción que nos ofrecen la Agenda de Salud para las Américas, el Plan Estratégico de la OPS 2008-2012 y el Programa de Acción de la OMS para superar las brechas en salud mental: mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias (mhGAP), donde se refleja la importancia del tema y se definen objetivos estratégicos para el abordaje de la salud mental; y

Observando que la Estrategia y plan de acción sobre salud mental se abordan las áreas de trabajo principales y se definen las líneas de cooperación técnica para responder a las diversas necesidades de salud mental de los países,

RESUELVE:

1. Respalda lo establecido en la Estrategia y plan de acción sobre salud mental y su aplicación en el marco de las condiciones especiales de cada país para responder de manera apropiada a las necesidades actuales y futuras en materia de salud mental.
2. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que incluyan a la salud mental como una prioridad dentro de las políticas nacionales de salud, mediante la ejecución de planes de salud mental que estén acordes con las diversas problemáticas y prioridades de los países, a fin de mantener los logros alcanzados y avanzar hacia nuevas metas, en especial en lo relacionado con la reducción de las brechas de tratamiento existentes;
 - b) a que promuevan el acceso universal y equitativo a la atención de salud mental para toda la población, mediante el fortalecimiento de los servicios de salud mental en el marco de los sistemas basados en la atención primaria de salud y las redes integradas de servicios y continúen las actividades para eliminar el modelo antiguo centrado en los hospitales psiquiátricos;
 - c) a que continúen trabajando para fortalecer los marcos legales de los países con miras a proteger los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y para lograr la aplicación eficaz de las leyes;
 - d) a que impulsen iniciativas intersectoriales para la promoción de la salud mental, con atención particular en los niños y los adolescentes y para hacer frente al estigma y a la discriminación que sufren las personas con trastornos mentales;

- e) a que apoyen la participación eficaz de la comunidad y de las asociaciones de usuarios y de familiares en actividades destinadas a promover y proteger la salud mental de la población;
- f) a que consideren el fortalecimiento de los recursos humanos en materia de salud mental como un componente clave del mejoramiento de los planes y servicios, mediante la formulación y la ejecución de programas sistemáticos de capacitación;
- g) a que reduzcan la brecha de información existente en el campo de la salud mental mediante el mejoramiento de la producción, análisis y uso de la información, así como la investigación, y con un enfoque intercultural y de género; y
- h) a que fortalezcan las alianzas del sector público con otros sectores, así como con organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas y actores sociales claves, haciendo hincapié en su participación en la formulación de los planes de salud mental.

3. Solicitar a la Directora:

- a) que apoye a los Estados Miembros en la elaboración y ejecución de planes nacionales de salud mental dentro del marco de sus políticas de salud, teniendo en cuenta la Estrategia y Plan de Acción, procurando corregir las inequidades y asignando prioridad a la atención a los grupos vulnerables y con necesidades especiales;
- b) que colabore en las evaluaciones de los servicios de salud mental de los países para lograr que se apliquen las medidas correctivas apropiadas que estén basadas en pruebas científicas;
- c) que facilite la difusión de información y el intercambio de experiencias positivas e innovadoras y promueva la cooperación técnica entre los Estados Miembros; y
- d) que fomente las alianzas con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, así como con organismos internacionales y otros actores regionales en apoyo a la respuesta multisectorial que se requiere en el proceso de ejecución de esta Estrategia y Plan de Acción.

(Quinta reunión, 24 de junio del 2009)

CE144.R9: Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales evitables

LA 144ª. SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el proyecto de *Plan de acción regional para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales evitables* (documento CE144/20),

RESUELVE:

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

**PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA CEGUERA
Y DE LAS DEFICIENCIAS VISUALES EVITABLES**

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el documento CD49/___ *Plan de acción regional para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales evitables*;

Recordando la resolución WHA56.26 de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la eliminación de la ceguera evitable;

Observando que la discapacidad visual es un problema importante en la Región que tiene relación con la pobreza y la marginación social;

Consciente de que la mayoría de las causas de la ceguera son evitables y de que los tratamientos actuales se encuentran entre las más exitosas y rentables de todas las intervenciones de salud;

Reconociendo que la prevención de la ceguera y de la discapacidad visual alivia la pobreza y mejora las oportunidades para la educación y el empleo; y

Apreciando los esfuerzos realizados por los Estados Miembros en los últimos años para prevenir la ceguera evitable, pero consciente de la necesidad de tomar otras medidas,

RESUELVE:

1. Aprobar el *Plan de acción regional para la prevención de la ceguera evitable y de la discapacidad visual*.

2. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que establezcan comités nacionales de coordinación para ayudar a elaborar y ejecutar los planes nacionales de prevención de la ceguera;
 - b) a que incluyan la prevención de la ceguera evitable y de la deficiencia visual en los planes y las metas nacionales de desarrollo;
 - c) a que impulsen la integración de la prevención de la ceguera y de la deficiencia visual en los planes y programas existentes para la atención primaria de salud a nivel nacional, velando por que tengan en cuenta las particularidades de género y de grupo étnico;
 - d) a que apoyen la movilización de recursos para eliminar la ceguera evitable;
 - e) a que fomenten las alianzas entre el sector público, organizaciones no gubernamentales, sector privado, sociedad civil y comunidades en los programas y actividades que promueven la prevención de la ceguera; y
 - f) a que insten a la cooperación entre países en las áreas de prevención y atención de la ceguera y de la deficiencia visual.
3. Solicitar a la Directora:
 - a) que apoye la ejecución del *Plan de acción regional para la prevención de la ceguera evitable y de la discapacidad visual*;
 - b) que mantenga y fortalezca la colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana con los Estados Miembros en materia de prevención de la ceguera; y
 - c) que promueva la cooperación técnica entre países y la forja de alianzas estratégicas para llevar a cabo actividades destinadas a la protección de la salud ocular.

(Quinta reunión, 24 de junio del 2009)

CE144.R10: Proyecto del Plan Estratégico de la OPS 2008-2012 modificado

LA 144.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el proyecto del Plan Estratégico de la OPS para el período 2008-2012 modificado presentado por la Directora (*Documento Oficial 328*), y

Previendo que la Oficina ha tomado en cuenta las observaciones del Comité Ejecutivo en la finalización de la versión modificada del Plan Estratégico,

RESUELVE:

Recomendar al 49.º Consejo Directivo la adopción de una resolución conforme a los siguientes términos:

PLAN ESTRATÉGICO DE LA OPS 2008-2012 MODIFICADO

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el proyecto del Plan Estratégico de la OPS para el período 2008-2012 modificado presentado por la Directora (*Documento Oficial 328*);

Observando que se modificó el Plan Estratégico a fin de que estuviera en consonancia con el Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS 2008-2013, que fuera también modificado y aprobado por la 62.ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada recientemente; y

Observando que otros cambios atienden la necesidad de actualizar el documento para aclarar los resultados previstos y simplificar su medición,

RESUELVE:

Aprobar el *Plan Estratégico de la OPS 2008-2012 modificado (Documento oficial 328)*, incluidos los indicadores y las metas revisadas.

(Sexta reunión, 25 de junio del 2009)

CE144.R11: Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza

LA 144.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe *Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza* (documento CE144/10),

RESUELVE:

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

ELIMINACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DESATENDIDAS Y OTRAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA POBREZA

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe *Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza* (documento CD49/___) y tomando en consideración:

- a) la existencia de mandatos y resoluciones anteriores de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud para abordar el problema de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza cuya eliminación o reducción drástica es factible;
- b) la vasta experiencia de la Región de las Américas en la aplicación de estrategias de eliminación para las enfermedades transmisibles y los progresos alentadores logrados para reducir la carga de estas enfermedades;
- c) la necesidad de cumplir la “agenda inconclusa”, ya que la proporción de la población afectada sigue siendo alta entre los más pobres y los pueblos más marginados de las Américas;
- d) la necesidad de abordar los determinantes sociales de salud para reducir eficazmente la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades desatendidas y otras enfermedades relacionadas con la pobreza;
- e) la oportunidad actual de eliminar o reducir drásticamente la carga de estas enfermedades con los instrumentos disponibles; y
- f) la importancia de trabajar para eliminar las enfermedades infecciosas que todavía siguen asolando a la población de las Américas, a pesar de que hay intervenciones de salud pública adecuadas y costo-efectivas para combatirlas,

RESUELVE:

- 1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que se comprometan con la eliminación o la reducción de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza que pueden combatirse con los instrumentos existentes, hasta ciertos niveles para que esas enfermedades dejen de considerarse problemas de salud pública en el 2015;
 - b) a que determinen cuáles son las enfermedades desatendidas prioritarias y las poblaciones vulnerables que han quedado a la zaga, así como las brechas en la

- información epidemiológica y las zonas geográficas prioritarias para la intervención (“zonas críticas”) al nivel subnacional en los países;
- c) a que revisen los planes nacionales específicos que existen para controlar o eliminar estas enfermedades y, donde sea necesario, establezcan nuevos planes con un enfoque integral que abarque los determinantes sociales de la salud, las estrategias interprogramáticas y las acciones intersectoriales;
 - d) a que trabajen a fin de proporcionar recursos suficientes para lograr la sostenibilidad de los programas nacionales y subnacionales de control, lo que incluye personal, suministros de medicamentos, equipo y otras necesidades;
 - e) a que pongan en práctica las estrategias de prevención, diagnóstico, tratamiento, control vectorial y eliminación de una manera integrada que contribuya al fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud incluida la atención primaria de salud y los sistemas de vigilancia de salud;
 - f) estudiar y, cuando proceda, promover una variedad de planes de incentivos para las actividades de investigación y desarrollo, incluso abordando, cuando proceda, la desvinculación del costo de las actividades de investigación y desarrollo, y del precio de los medicamentos, por ejemplo, mediante la concesión de premios con el fin de abordar enfermedades que afectan de manera desproporcionada a los países en desarrollo;
 - g) a que movilicen recursos complementarios e incluyan a posibles socios dentro de los países, así como a agencias de desarrollo, bilaterales y multilaterales, a organizaciones no gubernamentales, fundaciones y a otros interesados directos;
 - h) a que den apoyo a la promoción de la investigación y el desarrollo científico relacionados con los instrumentos, estrategias, tecnología y métodos nuevos o perfeccionados para prevenir y controlar las enfermedades desatendidas, tales como el desarrollo de pruebas diagnósticas asequibles, medicamentos más seguros y mecanismos de diagnósticos oportunos para reducir las complicaciones tardías de estas enfermedades; y
 - i) a que aprueben las metas y los indicadores para la eliminación y la reducción de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza, priorizados por los Estados Miembros y que figuran en los anexos A y B.

2. Solicitar a la Directora:
 - a) que siga abogando por una movilización activa de los recursos y promueva la colaboración estrecha para forjar alianzas que respalden la aplicación de esta resolución;
 - b) que provea cooperación técnica a los países para la preparación de los planes nacionales de acción;
 - c) que promueva la identificación, el diseño y la aplicación de intervenciones basadas en datos fidedignos que sean técnica y científicamente sólidos;
 - d) que promueva la aplicación de las guías actuales de la OPS y de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades consideradas;
 - e) que promueva la investigación y el desarrollo científico relacionados con los instrumentos, estrategias, tecnología y métodos nuevos o perfeccionados para prevenir y controlar las enfermedades desatendidas;
 - f) que brinde su apoyo al fortalecimiento de los sistemas de vigilancia y a la atención primaria de salud, así como al seguimiento y la evaluación de los planes nacionales de acción que se están ejecutando;
 - g) que fortalezca la colaboración transfronteriza entre países que comparten las mismas enfermedades; y
 - h) que continúe prestando apoyo y fortaleciendo los mecanismos de adquisición de medicamentos, como el Fondo Estratégico para tratar las enfermedades desatendidas al mejor costo a fin de aumentar el acceso.

Anexos

(Sexta reunión, 25 de junio del 2009)

**Presencia de enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza,
por país, y número total de países donde ocurre cada enfermedad en América
Latina y el Caribe, según los criterios establecidos más abajo³**

País*	Enfermedades											
	Enfermedad de Chagas	Sífilis congénita	Rabia humana transmitida por perros	Lepra	Filariasis linfática	Malaria	Tétanos neonatal	Oncocercosis	Peste	Esquistosomiasis	Helmintiasis transmitida por contacto con el suelo	Tracoma
Anguila	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Antigua y Barbuda	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Antillas Holandesas	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Argentina	X	X	X	X	-	X	X	-	-	-	X	-
Aruba	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Bahamas	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Barbados	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Belice	X	X	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-
Bolivia	X	X	X	X	-	X	X	-	- ^b	-	X	-
Brasil	X	X	X	X ^a	X	X	X	X	X	X	X	X
Colombia	X	X	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-
Costa Rica	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	X	-
Cuba	-	X	X	X	-	-	-	-	-	-	X	-
Chile	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Dominica	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Ecuador	X	X	-	X	-	X	X	X	X	-	X	-
El Salvador	X	X	X	X	-	X	X	-	-	-	X	-
Granada	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Guadalupe	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Guatemala	X	X	X	X	-	X	X	X	-	-	X	X
Guayana Francesa	X	...	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-
Guyana	X	X	-	X	X	X	-	-	-	-	X	-
Haití	-	X	X	X	X	X	X ^a	-	-	-	X	-
Honduras	X	X	-	X	-	X	X	-	-	-	X	-
Islas Caimán	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Islas Turcos y Caicos	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Islas Vírgenes (EUA)	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Islas Vírgenes (Reino Unido)	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Jamaica	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-
Martinica	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
México	X	X	-	X	-	X	X	X	-	-	X	X
Montserrat	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-

³ PAHO/HSD/CD. Provisional Epidemiological Profiles of Neglected Diseases and Other Infections Related to Poverty in Latin America and the Caribbean [inédito] presentado a la consulta sobre un fondo fiduciario de América Latina y el Caribe para la prevención, el control y la eliminación de las enfermedades desatendidas y otras enfermedades infecciosas. Washington, D.C., 15 y 16 de diciembre del 2008.

País*	Enfermedades											
	Enfermedad de Chagas	Sífilis congénita	Rabia humana transmitida por perros	Lepra	Filariasis linfática	Malaria	Tétanos neonatal	Oncocercosis	Peste	Esquistosomiasis	HelminCIAS transmitida por contacto con el suelo	Tracoma
Nicaragua	X	X	-	X	-	X	X	-	-	-	X	-
Panamá	X	X	-	X	-	X	X	-	-	-	X	-
Paraguay	X	X	-	X	-	X	X	-	-	-	X	-
Perú	X	X	X	X	-	X	X	-	X	-	X	-
República Dominicana	-	X	X	X	X	X	X	-	-	-	X	-
Saint Kitts y Nevis	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
San Vicente y las Granadinas	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Santa Lucía	-	...	-	X	-	-	-	-	-	X	X	-
Suriname	X	...	-	X	-	X	-	-	-	X	X	-
Trinidad y Tabago	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-
Uruguay	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-
Venezuela	X	X	X	X	-	X	X	X	-	X	X	-
Número total de países de América Latina y el Caribe donde ocurren las enfermedades	21	25	11	24	4	21	16	6	3	4	Todos	3

^a En estos países, la enfermedad está presente como problema de salud pública
 - Sin evidencia ... Sin información

^b Área anteriormente endémica

Criterios:

Enfermedad de Chagas:	Evidencia de cualquier tipo de transmisión en los 10 últimos años. (1998-2007)
Esquistosomiasis:	Evidencia de la enfermedad en los últimos 10 años (1998-2007)
Filariasis linfática:	Evidencia de la enfermedad en los últimos 3 años (2005-2007)
HelminCIAS transmitidos por contacto con el suelo:	Datos fidedignos de la enfermedad en los últimos 10 años (2005-2007)
Lepra:	Evidencia de la enfermedad en los últimos 3 años (2005-2007)
Oncocercosis:	Evidencia de la enfermedad en los últimos 3 años (2005-2007)
Rabia humana transmitida por los perros:	Evidencia de la enfermedad en los últimos 3 años (2006-2008)
Tracoma:	Evidencia de la enfermedad en los últimos 10 años (1998-2007)
Tétanos neonatal:	Evidencia de la enfermedad en los últimos 3 años (2005-2007)
Sífilis congénita:	Evidencia de la enfermedad en los últimos 3 años (2005-2007)
Malaria	Evidencia de transmisión local continua en los últimos 5 años
Peste	Evidencia de la enfermedad en los últimos 3 años (2006-2008)

Situación epidemiológica, metas de eliminación y principales estrategias de eliminación para determinadas enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza.⁴

GRUPO 1: Enfermedades con mayor potencial de ser eliminadas (con intervenciones existentes costo-efectivas)			
Enfermedades	Situación epidemiológica	Metas	Estrategia principal
Enfermedad de Chagas	– Hubo pruebas de la transmisión en 21 países de las Américas. – Se calcula que actualmente están infectadas de 8 a 9 millones de personas. – 40.000 nuevos casos de transmisión por vector por año. – La transmisión por vector por los vectores principales se ha interrumpido en varios países (Uruguay, Chile, Brasil y Guatemala) y zonas de (Argentina y Paraguay). – La mayoría de los países de América Latina se están acercando a la meta del tamizaje para Chagas en 100% de sus bancos de sangre.	– Interrumpir la transmisión vectorial domiciliar de <i>Trypanosoma cruzi</i> (menos de 1% de índice de infestación domiciliar triatomínica y seroprevalencia negativa en niños de hasta 5 años de edad y menos, a excepción de la mínima aportada por casos en hijos de madres seropositivas). – Interrumpir la transmisión transfusional de <i>T. cruzi</i> (cobertura de 100% de tamizaje de la sangre).⁵ – Integrar el diagnóstico de la enfermedad de Chagas en el Sistema de la Atención Primaria de la Salud de manera de proveer tratamiento y atención médica a todos los pacientes para las fases agudas y crónicas de la enfermedad, así como reforzar la cadena de suministros de los tratamientos existentes dentro de los países para aumentar el acceso. – Prevenir el desarrollo de cardiomiopatía y problemas intestinales, relacionados a la enfermedad de Chagas ofreciendo atención médica adecuada a personas afectadas por la enfermedad en todas sus etapas de evolución.	– Eliminar vectores en la vivienda mediante el control químico. – Programas de ordenamiento del medio. – Información, educación y comunicación (IEC). – Tamizaje de las muestras de sangre en los bancos de sangre para evitar transmisión por transfusión de sangre. – Tamizaje de embarazadas y tratamiento para evitar la transmisión congénita. – Mejores prácticas en la preparación de alimentos para evitar la transmisión oral. – Tratamiento etiológico a los niños. – Ofrecer atención médica a los adultos afectados con la enfermedad de Chagas.

⁴ PAHO/HSD/CD. Provisional Epidemiological Profiles of Neglected Diseases and Other Infections Related to Poverty in Latin America and the Caribbean [inédito] presentado a la consulta sobre un fondo fiduciario de América Latina y el Caribe para la prevención, el control y la eliminación de las enfermedades desatendidas y otras enfermedades infecciosas. Washington, D.C., 15 y 16 de diciembre del 2008.

⁵ Basado en: World Health Organization. *Elimination of transmission of Chagas Diseases*. WHA51.14. Fifty first World Health Assembly. 1998.

GRUPO 1: Enfermedades con mayor potencial de ser eliminadas (con intervenciones existentes costo-efectivas)			
Enfermedades	Situación epidemiológica	Metas	Estrategia principal
Sífilis congénita	– Se calcula que cada año ocurren en la Región 250.000 casos de sífilis congénita. – En una encuesta del 2006, 14 países notificaron la incidencia de sífilis congénita en nacidos vivos, con un intervalo que variaba de 0,0 casos por 1.000 nacidos vivos en Cuba a 1,56 en el Brasil.	– Eliminar la sífilis congénita como problema de salud pública (menos de 0,5 casos por 1.000 nacidos vivos).⁶	– Notificación obligatoria de la sífilis y la sífilis congénita para las embarazadas. – Tamizaje universal de la sangre en la primera visita prenatal (<20 semanas), en el tercer trimestre, en el trabajo de parto y después de un aborto provocado o espontáneo y en caso de un mortinato. – Tratamiento oportuno y adecuado para todas las embarazadas con sífilis y lo mismo para el esposo y los recién nacidos.
Rabia humana transmitida por perros	– En los últimos tres años la enfermedad ha estado presente en 11 países. – Aunque el número de casos humanos sea bajo (16 en el 2008), gracias a las iniciativas de país, el número de personas que viven en las zonas de riesgo debido a la rabia en los perros sigue siendo alto. – La mayoría de los casos ocurrieron en Haití y Bolivia.	– Eliminar la rabia humana transmitida por perros (cero casos notificados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la Rabia (SIRVERA) coordinado por la OPS).⁷	– Vacunación de 80% de la población canina en las zonas endémicas. – Atención administrada a 100% de la población expuesta al riesgo con la profilaxis luego de la exposición, cuando se indique. – Vigilancia epidemiológica. – Educación y comunicación para aumentar la toma de conciencia sobre el riesgo de rabia.

⁶ Basado en: Organización Panamericana de la Salud. *Plan de Acción para la eliminación de la sífilis congénita*, 116.^a sesión del Comité Ejecutivo. CE116/14. OPS, 1995.

⁷ Basado en: Organización Panamericana de la Salud. 15.^a *Reunión Interamericana a nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA): "Agricultura y salud: Alianza por la Equidad y el Desarrollo Rural en las Américas"*. CD48.R13, 48.^o Consejo Directivo. Washington, DC.: OPS; 2008.

GRUPO 1: Enfermedades con mayor potencial de ser eliminadas (con intervenciones existentes costo-efectivas)			
Enfermedades	Situación epidemiológica	Metas	Estrategia principal
Lepra	– En 24 países la enfermedad ha estado presente en los tres últimos años. – Solo en el Brasil, la prevalencia nacional no alcanzó la meta de “eliminación como problema de salud pública”, de menos de un caso por 10.000 habitantes. – En el 2007, se notificaron en las Américas 49.388 casos de lepra, y se detectaron 42.000 casos nuevos. – En el mismo año, se detectaron 3.400 casos nuevos (8% del total) con discapacidad de grado 2.	– Eliminar la lepra como problema de salud pública (menos de 1 caso por 10.000 personas) de los primeros niveles subnacionales político-administrativos.^{8,9}	– Vigilancia intensificada de los contactos. – Tratamiento con la terapia multimedicamentosa oportuna al menos en 99% de todos los pacientes. – Definición de la introducción adecuada de la quimioprofilaxis. – Detección temprana de las discapacidades de grado 2.

⁸ Basado en: World Health Organization. *Elimination of leprosy*. Forty-fourth World Health Assembly. WHA44.9. Ginebra:OMS, 1991.

⁹ Basado en: World Health Organization. *Guide to Eliminate Leprosy as a Public Health Problem*. Ginebra:OMS, 2000.

GRUPO 1: Enfermedades con mayor potencial de ser eliminadas (con intervenciones existentes costo-efectivas)			
Enfermedades	Situación epidemiológica	Metas	Estrategia principal
Filariasis linfática	- La enfermedad está presente en Brasil, República Dominicana, Guyana y Haití. - Se calcula que hasta 11 millones de personas están expuestas al riesgo de infección. - La población expuesta al mayor riesgo se encuentra en Haití (90%).	- Eliminar la enfermedad como problema de salud pública (menos de 1% de prevalencia de la microfilariasis en adultos en centros centinela y sitios de verificación al azar en la zona). - Interrumpir su transmisión (ningún niño entre las edades de 2 y 4 años da positivo el antígeno). - Prevenir y controlar la discapacidad.¹⁰	- Administración en masa de medicamentos (AMM) una vez al año por un periodo no menor de 5 años con cobertura no menor de 75% o consumo de sal de mesa fortificada con dietilcarbamazina (DEC) en el régimen diario de alimentación. - Vigilancia de la morbilidad por filariasis por los sistemas locales de vigilancia sanitaria. - Atención de casos. - Integración y coordinación de la AMM con otras estrategias. - Estrategias de comunicación y educación en las escuelas.
Malaria	- En la Región, hay 21 países donde la malaria es endémica. - Algunos países, como Paraguay y Argentina, son de endemidad baja (menos de un caso por 1.000 habitantes en riesgo) y tienen focos bien establecidos. - En el Caribe, solo Haití y la República Dominicana se consideran países endémicos, ya que notificaron cerca de 26.000 casos en el 2007 (90% en Haití).	- Eliminar la malaria en las zonas donde es factible la interrupción de la transmisión local (Argentina, República Dominicana, Haití, México, Paraguay y Centroamérica).¹¹ - Eliminación (cero casos locales a lo largo de tres años consecutivos); Pre-eliminación (tasa de positividad del frotis = < 5% y <1 caso/ 1.000 personas en riesgo).¹²	- Prevención, vigilancia, detección temprana y control de las epidemias. - Control integrado de vectores. - Impulsar el diagnóstico y el tratamiento apropiado de casos. - Farmacovigilancia intensiva de la posible resistencia al tratamiento y aplicación de los resultados a la definición de la norma de tratamiento. - Fortalecimiento de la atención primaria de salud e integración de las iniciativas de prevención y control con otros programas de salud. - Participación comunitaria.

¹⁰ Basado en: World Health Organization. *Monitoring and epidemiological assessment of the programme to eliminate lymphatic filariasis at implementation unit level*. Ginebra: OMS; 2005.

¹¹ Basado en: Organización Panamericana de la Salud. *Malaria: Informe sobre la situación actual*, 142.ª sesión del Comité Ejecutivo. CE142/16. OPS, 2008.

GRUPO 1: Enfermedades con mayor potencial de ser eliminadas (con intervenciones existentes costo-efectivas)			
Enfermedades	Situación epidemiológica	Metas	Estrategia principal
Tétanos neonatal	– La enfermedad ha estado presente en tasas más bajas en 16 países en los últimos tres años. – En el 2007, se notificó un total de 63 casos (38 en Haití). – Se ha eliminado como problema de salud pública en todos los países de América Latina y el Caribe, excepto en Haití.	– Eliminar la enfermedad como problema de salud pública (menos de 1 caso por 1.000 recién nacidos por año en un municipio o distrito).¹³	– Vacunación de las mujeres en edad fecunda con el toxoide tetánico. – Identificación de las áreas de alto riesgo. – Vigilancia adecuada. – Métodos higiénicos para atender los partos y para el puerperio.
Oncocercosis	– Se calcula que 500.000 personas están en riesgo en la Región. – En Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Venezuela hay 13 focos. – En seis focos, la transmisión parece haberse interrumpido después de la administración masiva de medicamentos con una cobertura de al menos 85% de la población destinataria. – Actualmente, se está efectuando una vigilancia de tres años luego del tratamiento, antes de la certificación de la eliminación.	– Eliminar la afección ocular e interrumpir la transmisión.^{14,15}	– Administración masiva de farmacoterapia al menos dos veces al año para llegar al menos a 85% de la población en riesgo en cada zona endémica. – Vigilancia para detectar signos de afección ocular, microfilarias, nódulos. – Atención dermatológica por conducto del sistema de atención primaria de salud en zonas donde la infección cutánea es un problema.

¹² Basado en: Organización Mundial de la Salud. *Global Malaria Control and Elimination: Report of a Technical Review*. 17-18 January, 2008.OMS, 2008. p.9.

¹³ Basado en: Organización Panamericana de la Salud. *Neonatal Tetanus Elimination: Field Guide*, Second edition. Scientific and Technical Publication No. 602, Washington, D.C., 2005.

¹⁴ Basado en: Organización Panamericana de la Salud. *Hacia la eliminación de la oncocercosis (ceguera de los ríos) en las Américas*. (CD48/10), 48.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: OPS; 2008.

GRUPO 1: Enfermedades con mayor potencial de ser eliminadas (con intervenciones existentes costo-efectivas)			
Enfermedades	Situación epidemiológica	Metas	Estrategia principal
Peste	– La enfermedad está presente en focos silvestres en 5 países con casos esporádicos: Bolivia (ningún caso notificado en los últimos 10 años), Brasil, Ecuador, Estados Unidos y Perú. – Actualmente, el número de casos en toda América Latina es bajo (alrededor de 12 casos por año). – La mayoría de los casos notificados se encuentran en el Perú. – Muy pocos son mortales. – Los casos ocurren generalmente en pueblos rurales pequeños con extrema pobreza.	– Eliminar como problema de salud pública (cero casos de mortalidad y evitar brotes domiciliarios).	– Detección temprana y tratamiento oportuno de casos. – Vigilancia de los focos silvestres. – Mejoras en la vivienda y el saneamiento. – Control de roedores y de vectores. – Programas intersectoriales para mejorar el almacenamiento de las cosechas. – Eliminación adecuada de los desechos agropecuarios. – Instalaciones domésticas adicionales para criar los “cuyes” (tipo de cobayos usados como alimento).
Tracoma	– Hay pruebas de la presencia de la enfermedad en Brasil, Guatemala y México. – Se han confirmado focos en los estados fronterizos brasileños, pero no se dispone de datos para los países vecinos. – Se calcula que alrededor de 50 millones de personas viven en las zonas de riesgo y se han detectado cerca de 7.000 casos, principalmente en Brasil.	– Eliminar casos nuevos de ceguera causada por tracoma: reducción de la prevalencia de triquiasis tracomatosa (TT) a menos de 1 caso por cada 1.000 personas (población general) y reducción de la prevalencia de tracoma folicular o inflamatoria (TF y TI) a menos de 5% en niños de 1-9 años de edad.^{16,17}	– La estrategia SAFE se aplica con los siguientes componentes: • Prevenir la ceguera mediante la operación quirúrgica del párpado para corregir la inversión o entropía del párpado superior y la triquiasis. • Reducir la transmisión en las zonas endémicas mediante el lavado de la cara y el uso de antibióticos.

¹⁵ Basado en: Organización Mundial de la Salud. *Certification of Elimination of Human Onchocerciasis: Criteria and procedures. Guidelines*. OMS; 2001.

¹⁶ Basado en: World Health Organization. *Report of the Global Scientific Meeting on Future Approaches to Trachoma Control*. Ginebra: OMS; 1996. p. 4-7.

¹⁷ Basado en: World Health Organization. *Trachoma control: A guide from programme managers*. OMS, 2006.

GRUPO 2: Enfermedades cuya prevalencia puede reducirse drásticamente (con intervenciones disponibles rentables)			
Enfermedades	Situación epidemiológica	Metas	Estrategia primaria
Esquistosomiasis	- La enfermedad está presente en: Brasil, Santa Lucía, Suriname y Venezuela. - Se necesitan estudios para confirmar la eliminación de las zonas anteriormente endémicas en el Caribe. - Se calcula que alrededor de 25 millones de personas viven expuestas al riesgo en las Américas, principalmente en el Brasil. - Se calcula que alrededor de 1 a 3 millones de personas están infectadas.	Reducir la prevalencia y la carga del parásito en las zonas de transmisión elevada a una prevalencia de menos de 10%, según mediciones cuantitativas del recuento de huevos.^{18,19}	- Quimioterapia para al menos 75% de los niños en edad escolar que se encuentran en riesgo. - Mejoramiento de los sistemas de eliminación de excretas y acceso al agua potable; educación.
Helmintiasis transmitidas por contacto con el suelo	- Se calcula que las helmintiasis transmitidas por contacto con el suelo están presentes en los países de toda la Región. - Según cálculos regionales, en América Latina y el Caribe se encuentran en riesgo de sufrir esta enfermedad 26,3 millones de niños en edad escolar. - En 13 de los 14 países con información recopilada había una o varias zonas con prevalencia superior a 20% de helmintiasis transmitidas por contacto con el suelo.	Reducir la prevalencia en niños en edad escolar en las zonas de alto riesgo (prevalencia de >50%) a una prevalencia de <20% según el recuento de huevos.²⁰	- Administración regular de quimioterapia preventiva o administración masiva de medicamentos (AMM) para al menos 75% de los niños en edad escolar que se encuentran en riesgo. Si la prevalencia de cualquier helmintiasis transmitida por contacto con el suelo en niños en edad escolar es $\geq 50\%$ (comunidad de alto riesgo), tratar a todos los niños en edad escolar dos veces al año. Si la prevalencia de cualquier helmintiasis transmitida por contacto con el suelo en niños en edad escolar en riesgo es $\geq 20\%$ y $< 50\%$ (comunidad de bajo riesgo), tratar a todos los niños en edad escolar una vez al año. - Promover el acceso al agua potable, al saneamiento y a la educación sanitaria, mediante la colaboración intersectorial.

¹⁸ Basado en: World Health Organization. *Preventive chemotherapy in Human Helminthiasis*. Ginebra: OMS; 2006.

¹⁹ Basado en: World Health Organization. *Schistosomiasis and soil-transmitted helminth infections*. Fifty-fourth World Health Assembly. WHA54.19. Ginebra:OMS, 2001.

²⁰ Basado en: World Health Organization. *Preventive chemotherapy in Human Helminthiasis*. Ginebra: OMS; 2006.

CE144.R12: Marco de política para la donación y el trasplante de órganos humanos

LA 144.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora *Marco de política para la donación y el trasplante de órganos humanos* (documento CE144/15, Rev. 1),

RESUELVE:

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

**MARCO DE POLÍTICA PARA LA DONACIÓN Y EL TRASPLANTE DE
ÓRGANOS HUMANOS**

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora *Marco de política para la donación y el trasplante de órganos humanos* (documento CD49/__), en el cual se propone que los Estados Miembros cuenten con un marco de política que permita el fortalecimiento de la capacidad nacional para abordar con eficacia y eficiencia el problema de la donación y el trasplante de células, tejidos y órganos y lograr la óptima utilización de los recursos destinados para tal fin;

Reconociendo los aportes valiosos que la Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante (RDCIT) ha efectuado para la promoción y el fortalecimiento de los programas nacionales de donación y trasplante de órganos en la Región;

Consciente de la magnitud y la utilidad cada vez mayores de los trasplantes de células, tejidos y órganos humanos para una amplia gama de afecciones, en los países de recursos altos y bajos por igual;

Comprometido con los principios de la dignidad y la solidaridad humanas, que condenan la adquisición de partes del cuerpo humano para el trasplante y la explotación de las poblaciones más pobres y vulnerables, así como el tráfico humano que se deriva de esas prácticas;

Convencido de que la donación voluntaria y no remunerada de órganos, células y tejidos de donantes fallecidos o vivos contribuye a garantizar la persistencia de un recurso comunitario vital; y

Sensible a la necesidad de que se vigilen tanto las reacciones como los sucesos adversos asociados con la donación, el procesamiento y el trasplante de células, tejidos y órganos humanos en cuanto tales, y de que se asegure el intercambio internacional de esos datos para optimizar la seguridad y la eficacia de los trasplantes,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que apliquen los Principios Rectores sobre Trasplante de Células, Tejidos y Órganos Humanos en la formulación y ejecución de sus políticas, leyes y reglamentaciones relativas a la donación y el trasplante de células, tejidos y órganos humanos, según sea el caso;
 - b) a que promuevan el acceso equitativo a los servicios de trasplante de conformidad con las capacidades nacionales que sirven de base para el apoyo público y la donación voluntaria;
 - c) a que luchen contra la búsqueda de beneficio económico o de ventajas comparables en las transacciones con partes del cuerpo humano, el tráfico de órganos y el turismo de trasplantes, e incluso que alienten a los profesionales de la salud a notificar a las autoridades pertinentes cuando tengan conocimiento de esas prácticas, de conformidad con las capacidades nacionales y la legislación nacional;
 - d) a que refuercen las autoridades y las capacidades públicas nacionales prestándoles apoyo para que aseguren la supervisión, organización y coordinación de las actividades de donación y trasplante, prestando atención especial a que se recurra lo máximo posible a las donaciones de órganos de personas fallecidas y se protejan la salud y el bienestar de los donantes vivos;
 - e) a que mejoren la seguridad y la eficacia de la donación y los trasplantes mediante la promoción de las prácticas óptimas internacionales;
 - f) a que colaboren en la obtención de datos, en particular sobre reacciones y sucesos adversos, relativos a las prácticas, la seguridad, la calidad, la eficacia, la epidemiología y la ética de la donación y los trasplantes; y
 - g) a que mantengan una participación activa en la RDCIT e incorporen las guías y recomendaciones emanadas de esta Red/Consejo en sus políticas, leyes, reglamentaciones y prácticas sobre obtención, donación y trasplante de células, tejidos y órganos.

2. Solicitar a la Directora:
- a) que difunda los Principios Rectores actualizados sobre trasplante de células, tejidos y órganos humanos lo más ampliamente posible a todas las partes interesadas;
 - b) que preste apoyo a los Estados Miembros y las organizaciones no gubernamentales en cuestiones de prohibición del tráfico de material de origen humano y del turismo de trasplantes;
 - c) que siga obteniendo y analizando datos regionales sobre las prácticas, la seguridad, la calidad, la eficacia, la epidemiología y la ética de la donación y el trasplante de células, tejidos y órganos humanos;
 - d) que preste asistencia técnica a los Estados Miembros que la soliciten para elaborar leyes y reglamentaciones nacionales sobre donación y trasplante de células, tejidos y órganos humanos, y establecer sistemas apropiados para ello, en particular facilitando la cooperación internacional;
 - e) que facilite a los Estados Miembros el acceso a información apropiada sobre la donación, el procesamiento y el trasplante de células, tejidos y órganos humanos, en particular a los datos sobre reacciones y sucesos adversos graves; y
 - f) que preste asistencia técnica a los países del Caribe de habla inglesa para la promoción o el fortalecimiento de sus programas de trasplante renal, y proponga un sistema subregional de servicios de salud renal y trasplantes que permitiría la sostenibilidad y viabilidad de este tipo de programas.

(Sexta reunión, 25 de junio del 2009)

CE144.R13: Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable

LA 144.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora *Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable* (documento CE144/9),

RESUELVE:

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

**PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES
INCLUIDO EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE**

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora *Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable* (documento CD49/__);

Tomando en cuenta los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad (1991); los mandatos internacionales propuestos en el *Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento* (2002); la Resolución CSP26.R20 (2002) de la Conferencia Sanitaria Panamericana; la Estrategia de Implementación para la Región aprobada en la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento (2003); la Declaración de Brasilia aprobada en la Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento (2007); la Agenda de Salud de las Américas 2008-2017; y la resolución de la Organización de los Estados Americanos AG/RES.2455 (XXXIX-O/09) “Derechos humanos y personas adultas mayores”, aprobada por la Asamblea General de la OEA en su XXXIX periodo ordinario de sesiones (San Pedro Sula, Honduras, 4 de junio del 2009);

Reconociendo el alto grado de complementariedad entre esta estrategia y otros objetivos establecidos en el Plan Estratégico de la OPS (*Documento oficial 328*), tales como aquellos relacionados con la discapacidad (prevención y rehabilitación), salud mental, salud de los pueblos indígenas, nutrición en la salud y el desarrollo y los factores sociales y económicos determinantes de la salud (enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos);

Resaltando que, el cambio exponencial hacia una nueva situación demográfica y epidemiológica hace que los países deban no solo adecuarse rápidamente sino también prever nuevos contextos, y que sólo con una adecuada inversión social y en salud podrá lograrse una longevidad sana y activa con beneficios en todos los ámbitos para los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto; y

Considerando la importancia de contar con una estrategia y un plan de acción que permita a los Estados Miembros responder de forma eficaz y eficiente a las necesidades y demandas que el envejecimiento poblacional está ya introduciendo de forma rápida sobre los sistemas de salud y de seguridad social, la sociedad y la familia,

RESUELVE:

1. Respalda el presente *Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable* y su consideración en las políticas, planes y

programas de desarrollo, así como en las propuestas y la discusión de los presupuestos nacionales y que les permita crear las condiciones propicias para dar respuesta al reto del envejecimiento de sus respectivos países.

2. Exhortar a los Estados Miembros:

- a) a que consideren los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad (independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad) como fundamentos de las políticas públicas asociadas al envejecimiento y la salud, y la necesidad de incluir a las personas mayores en su diseño y aplicación de estas políticas;
- b) a que adopten políticas, estrategias, planes y programas nacionales que aumenten el acceso de las personas mayores a programas y servicios de salud adaptados a sus necesidades, incluyendo especialmente programas de promoción y prevención basados en la atención primaria de salud y que favorezcan el desarrollo de estrategias que integren conductas personales y ambientales saludables para alcanzar un envejecimiento activo durante todo el ciclo de vida, con la participación de toda la sociedad, la familia y los propios individuos;
- c) a que promuevan un diálogo interno entre instituciones del sector público, así como entre éste y el sector privado y la sociedad civil, a fin de construir consensos nacionales alrededor del tema de la salud de las personas mayores y el envejecimiento saludable y activo, y su vinculación a los procesos de desarrollo nacional;
- d) a que teniendo presente la resolución CSP26.R20 “La salud y el envejecimiento” aprobada por la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana (Washington, D.C., Estados Unidos, 23 de septiembre del 2002), aboguen por la promoción y protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas mayores a través de la adopción de marcos legales y mecanismos de implementación, principalmente en el contexto de los servicios de cuidado de largo plazo;
- e) a que colaboren con el Consejo Permanente de la Organización de los Estados Americanos en el desarrollo de esfuerzos que incluyan, entre otros, una sesión especial de representantes nacionales y expertos provenientes del sector académico y de la sociedad civil, así como de organismos internacionales, con el objetivo de intercambiar información y buenas prácticas y a la vez examinar la viabilidad de elaborar una convención interamericana sobre los derechos de las personas mayores;

- f) a que soporten la construcción de capacidades destinadas a la capacitación de los recursos humanos necesarios para atender las necesidades de salud de las personas mayores;
- g) a que fortalezcan la capacidad de generar información e investigación para el desarrollo de estrategias basadas en las evidencias y en las necesidades de este grupo poblacional y que permitan el monitoreo y evaluación de los resultados de las mismas; y
- h) a que pongan en marcha procesos de revisión y análisis internos sobre la pertinencia y viabilidad de la presente estrategia en el contexto nacional, y en base a las prioridades, necesidades y capacidades nacionales.

3. Solicitar a la Directora:

- a) que respalde a los Estados Miembros en la implementación de la estrategia y *Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable*, acorde a sus necesidades y contexto demográfico y epidemiológico;
- b) que promueva la implementación y coordinación de esta estrategia y Plan de Acción, garantizando su transversalidad a través de las áreas programáticas, los diferentes contextos regionales y subregionales de la Organización y a través de la colaboración para y entre países, en el diseño de estrategias e intercambio de capacidades y recursos para implementar sus planes sobre salud y envejecimiento;
- c) que estimule el desarrollo de investigaciones colaborativas que permitan un mejor conocimiento del impacto del envejecimiento en los sistemas de salud y la modelación de escenarios futuros que permitan aumentar la capacidad de previsión nacional en este tema, diseñar estrategias afines e implementar intervenciones basadas en las necesidades específicas de los contextos de la Región;
- d) que respalde el desarrollo y construcción de capacidades para la preparación y distribución adecuada de los recursos humanos en salud necesarios a los países en la atención de las necesidades de salud de las personas mayores;
- e) que consolide y fortalezca la colaboración técnica con los comités, órganos y relatorías de las Naciones Unidas y organismos interamericanos al igual que promueva alianzas con otras agencias internacionales y regionales, instituciones científico-técnicas, sociedad civil organizada, sector privado y otros, en el establecimiento de una Coalición de las Américas para el Envejecimiento

Saludable que contribuya a la implementación de esta estrategia y Plan de Acción;
y

- f) que informe periódicamente a los Cuerpos Directivos de la OPS sobre los progresos y limitaciones en el desarrollo de la presente estrategia y Plan de Acción, así como su adecuación a nuevos contextos y necesidades, de ser preciso.

(Sexta reunión, 25 de junio del 2009)

CE144.R14: Salud y turismo

LA 144.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora *Salud y turismo* (documento CE144/16),

RESUELVE:

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

SALUD Y TURISMO

El 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo revisado el informe de la Directora *Salud y turismo* (documento CD49/__);

Reconociendo la importancia de aumentar la toma de conciencia acerca de la relevancia de los vínculos entre la salud y el turismo para la promoción de políticas nacionales de turismo que sean favorables a la salud y del fomento de la participación de la iniciativa privada, de las comunidades y de los medios de comunicación;

Reconociendo asimismo la importancia de reflexionar sobre los factores de la salud y el medio ambiente que ponen en peligro el desarrollo del turismo sostenible en la Región, mediante el examen de las oportunidades y las barreras principales que intervienen en ese desarrollo en las Américas;

Considerando la necesidad de crear un marco de cooperación entre organismos internacionales, regionales y especializados en salud y turismo;

Resaltando la relevancia de generar información basada en pruebas científicas para determinar cuáles son las repercusiones de la actividad turística en la salud pública y el desarrollo sostenible de los países de la Región;

Teniendo en cuenta la necesidad de promover estudios epidemiológicos para calcular la carga de enfermedad relacionada con el turismo y su prevalencia en grupos específicos de la población y adoptar indicadores esenciales para la vigilancia y la definición de la calidad del turismo saludable; y

Reconociendo el valor de definir un marco de medidas conjuntas con organismos que puedan impulsar estas medidas, así como el marco para la vigilancia y la evaluación de un plan de acción,

RESUELVE:

1. Respalda los conceptos sobre salud y turismo contenidos en el documento CD49/___.
2. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que incluyan en sus planes nacionales de salud el tema salud y turismo;
 - b) a que elaboren estudios de evaluación de la carga de morbilidad atribuida al turismo y examinen las perspectivas, creencias y necesidades para fundamentar los procesos de decisión acerca de la pertinencia y validez de las normas y procedimientos;
 - c) a que promuevan y mantengan mecanismos firmes de vigilancia epidemiológica, lo que podría incluir el establecimiento de sistemas hoteleros nacionales de vigilancia sanitaria en todos los países de la Región;
 - d) a que fortalezcan, de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional, su capacidad de investigación de enfermedades y de brotes relacionados con las instalaciones turísticas y los viajeros;
 - e) a que fortalezcan los sistemas de salud para generar información basada en pruebas estratégicas que vinculen a la salud, el turismo y el desarrollo, mediante la evaluación de las inversiones actuales, la cobertura, el seguimiento y la calidad de los programas nacionales;
 - f) a que promuevan, establezcan y fortalezcan los sistemas de información y las redes para el intercambio de información y buenas prácticas relacionadas con el tema; y
 - g) a que promuevan los métodos de salud ambiental y ocupacional en la planificación, diseño, construcción y operación de hoteles y otros establecimientos relacionados con el turismo.

3. Solicitar a la Directora:
- a) que mantenga el compromiso de la Organización con el tema, actualice su estrategia de cooperación y formule un plan de acción regional (2010-2020) que abarque las distintas áreas programáticas;
 - b) que cree el Foro Regional de Salud y Turismo para intercambiar conocimientos e información y promover alianzas con organizaciones privadas y comunitarias, con el objetivo de que los países adopten políticas concretas que vinculen a la salud y el turismo;
 - c) que movilice recursos y actúe de forma interprogramática en la aplicación eficaz y sostenida de la estrategia y plan de acción regionales;
 - d) que promueva la cooperación técnica entre países para difundir el concepto de turismo favorable a la salud;
 - e) que promueva el establecimiento y el cumplimiento de normas de calidad sobre salud y turismo para mejorar la competitividad turística de los países de la Región;
 - f) que fortalezca la capacidad del personal de los sectores público y privado, incluidos los funcionarios de salud ambiental y trabajadores de hoteles, en las prácticas óptimas del manejo de los problemas vinculados al turismo y el medio ambiente (como eliminación de aguas residuales y de desechos sólidos en las instalaciones turísticas, manipulación de los alimentos, etc.); y
 - g) que promueva la adopción de normas y reglamentos en los países interesados en desarrollar el producto turístico de “viajes por la salud” (restablecimiento y recuperación, cirugía, productos de bienestar, otros procedimientos médicos).

(Sexta reunión, 25 de junio del 2009)

CE144.R15: Modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

LA 144.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado las modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana presentadas por la Directora en el anexo al documento CE144/27;

Teniendo en cuenta las medidas adoptadas por la 62.^a Asamblea Mundial de la Salud con respecto a los sueldos de los Subdirectores Generales, los Directores Regionales y la Directora 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 en las condiciones de empleo del personal de la Oficina Sanitaria Panamericana y el de la Organización Mundial de la Salud, y en aras de una gestión acertada de personal,

RESUELVE:

1. Ratificar, en conformidad con el Artículo 020 del Reglamento del Personal, las modificaciones al Reglamento del Personal que han sido hechas por la Directora, con efecto a partir del 1 de julio del 2009, en cuanto a: el subsidio de educación y el subsidio de educación especial para hijos discapacitados; la prestación por condiciones de vida difíciles y movilidad; la licencia en el país de origen; la fecha de entrada en vigor; la definición de hijo a cargo; el subsidio por nuevo destino; el aumento de sueldo dentro del mismo grado por méritos de servicio; la licencia sin sueldo; el viaje relacionado con el subsidio de educación especial para hijos discapacitados; y la conducta y medidas disciplinarias.
2. Revisar la remuneración del personal en las categorías profesional y superior con efecto a partir del 1 de enero del 2009.
3. Establecer el sueldo anual de la Directora Adjunta de la Oficina Sanitaria Panamericana, con efecto desde el 1 de enero del 2009, en US\$ 177.032, antes de deducir las contribuciones del personal, lo que da por resultado un sueldo neto modificado de \$128.071 (tasa con familiares a cargo) o de \$115.973 (tasa sin familiares a cargo).
4. Establecer el sueldo anual de la Subdirectora de la Oficina Sanitaria Panamericana, con efecto desde el 1 de enero del 2009, en US\$ 175.494 antes de deducir las contribuciones del personal, lo que da por resultado un sueldo neto modificado de \$127.071 (tasa con familiares a cargo) o \$114.973 (tasa sin familiares a cargo).
5. Recomendar al 49.^o Consejo Directivo que adopte la siguiente resolución.

MODIFICACIONES DEL REGLAMENTO Y EL ESTATUTO DEL PERSONAL DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado las modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana presentadas por la Directora en el anexo al documento CD49/___;

Considerando la revisión de los sueldos básicos/mínimos para el personal de las categorías profesional y superior, con efecto desde el 1 de enero del 2009 (resolución CE144.R15);

Teniendo en cuenta las medidas adoptadas por la 62.^a Asamblea Mundial de la Salud con respecto a la remuneración de los Directores Regionales; y

Reconociendo la necesidad de que haya uniformidad en las condiciones de empleo del personal de Oficina Sanitaria Panamericana y el de la Organización Mundial de la Salud, y de lograr la coherencia entre el Reglamento y el Estatuto del Personal de la Oficina,

RESUELVE:

1. Establecer el sueldo anual de la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana con efecto desde el 1 de enero del 2009, en US\$ 194.820 antes de deducir las contribuciones del personal, lo que da por resultado un sueldo neto modificado de \$139.633 (tasa con familiares a cargo) o de \$125.663 (tasa sin familiares a cargo).
2. Aprobar la modificación del párrafo 11.2 del Estatuto del Personal por la cual se aclara la jurisdicción del Tribunal Administrativo de la Organización Internacional del Trabajo sobre las apelaciones de la Organización Panamericana de la Salud.

(Sexta reunión, 25 de junio del 2009)

CE144.R16: Reforma del sistema de contratación en la Organización Panamericana de la Salud

LA 144.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Considerando las modificaciones del Reglamento del Personal ratificadas por el Comité Ejecutivo en su 140.^a sesión (resolución CE140.R14), a propósito de la reforma de los arreglos contractuales de la Organización Panamericana de la Salud (a fin de incluir los nombramientos de plazo fijo, continuos y temporales), cuya ejecución está pendiente de aprobación por parte del Comité Ejecutivo;

Reconociendo la necesidad de reducir la carga administrativa que conlleva la gestión de contratos; y

Reconociendo la necesidad de que haya uniformidad en los tipos de nombramientos con la Organización Mundial de la Salud y el Régimen Común de las Naciones Unidas,

RESUELVE:

1. Autorizar a la Directora a que aplique, con efecto a partir del 1 de julio del 2009, las modificaciones del Reglamento del Personal que se ratificaron en la 140.^a sesión del Comité Ejecutivo (2007) con respecto a los nombramientos temporales.
2. Autorizar a la Directora a que aplique, con efecto a partir del 1 de julio del 2010, las modificaciones del Reglamento del Personal que se ratificaron en la 140.^a sesión del Comité Ejecutivo (2007) con respecto a los nombramientos continuos.

(Séptima reunión, 25 de junio del 2009)

CE144.R17: Modificaciones del Reglamento Financiero y las Reglas Financieras

LA 144.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora sobre las modificaciones propuestas del Reglamento Financiero, según figuran en el anexo del documento CE144/24, Rev.1; y

Considerando que las modificaciones del Reglamento Financiero reflejan prácticas modernas y mejores de gestión financiera y están en consonancia con la adopción plena de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS), aprobada por la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana (resolución CSP27.R18),

RESUELVE:

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

MODIFICACIONES DEL REGLAMENTO FINANCIERO

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado la recomendación del Comité Ejecutivo en su 144.^a sesión y las modificaciones propuestas del Reglamento Financiero que figuran en el anexo del documento CD49/___; y

Considerando que las modificaciones del Reglamento Financiero reflejan prácticas modernas y mejores de gestión financiera y están en consonancia con la adopción plena de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS), aprobada por la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana (resolución CSP27.R18),

RESUELVE:

Aprobar las modificaciones del Reglamento Financiero de la Organización Panamericana de la Salud que figuran en el anexo del documento CD49/___, las cuales entrarán en vigor el 1 de enero del 2010.

(Séptima reunión, 25 de junio del 2009)

CE144.R18: Nueva escala de cuotas para el período presupuestario 2010-2011

LA 144.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora *Nueva escala de cuotas: Aplicación de la última escala aprobada de la Organización de los Estados Americanos de cuotas a la afiliación de la Organización Panamericana de la Salud para el período presupuestario 2010-2011* (documento CE144/8),

RESUELVE:

1. Agradecer al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración su examen preliminar y su informe con respecto a la aplicación de una escala nueva de contribuciones señaladas para la afiliación de la Organización Panamericana de la Salud.
2. Recomendar al 49.^o Consejo Directivo que apruebe una resolución redactada en los siguientes términos:

**NUEVA ESCALA DE CONTRIBUCIONES PARA EL PERÍODO
PRESUPUESTARIO 2010-2011**

EL 49.^o CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe del Presidente del Comité Ejecutivo en su 144.^a sesión (documento CD49/___);

Teniendo presente que el Código Sanitario Panamericano estipula que la escala de contribuciones señaladas que se aplicará a los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud se basará en la escala de contribuciones señaladas adoptada por la Organización de los Estados Americanos para sus miembros;

Observando que el Comité Ejecutivo en su 140.^a sesión decidió mediante la resolución CE140.R5 que la nueva escala de cuotas de la Organización de los Estados Americanos sería aplicada por la OPS a los bienios posteriores al 2008-2009; y

Considerando que en el trigésimo cuarto período extraordinario de sesiones la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos aprobó la resolución AG/RES.1 (XXXIV-E/07) en la que se estableció una escala de cuotas revisada para sus miembros aplicable a los años 2009, 2010 y 2011,

RESUELVE:

Aprobar la nueva escala de contribuciones señaladas, según se indica en el siguiente cuadro, que se aplicará al programa y presupuesto correspondiente al ejercicio presupuestario 2010-2011.

Estado Miembro	Porcentaje asignado 2010-2011
Antigua y Barbuda	0,022
Argentina	3,211
Bahamas	0,077
Barbados	0,060
Belice	0,022
Bolivia	0,046
Brasil	7,953
Canadá	13,761
Chile	1,073
Colombia	0,839
Costa Rica	0,187
Cuba	0,241
Dominica	0,022
Ecuador	0,206
El Salvador	0,105
Estados Unidos	59,445
Francia *	0,289
Granada	0,022
Guatemala	0,187
Guyana	0,022
Haití	0,045
Honduras	0,045
Jamaica	0,123
México	8,141
Países Bajos *	0,090

Nicaragua	0,045
Panamá	0,163
Paraguay	0,124
Perú	0,553
Puerto Rico**	0,111
Reino Unido*	0,060
República Dominicana	0,206
Saint Kitts y Nevis	0,022
Santa Lucía	0,022
San Vicente y las Granadinas	0,022
Suriname	0,045
Trinidad y Tabago	0,152
Uruguay	0,181
Venezuela	2,060
	<u>100,000</u>

* Miembro Participante

** Miembro Asociado

(Séptima reunión, 25 de junio del 2009)

CE144.R19: Política sobre investigación para la salud

LA 144.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe *Política sobre investigación para la salud* (documento CE144/11),

RESUELVE:

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

POLÍTICA SOBRE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe *Política sobre investigación para la salud* (documento CD49/__);

Recordando las resoluciones WHA58.34 sobre la Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud y WHA60.15 sobre la función y responsabilidades de la OMS en las investigaciones sanitarias; la aportación regional de la OPS al Foro Ministerial Mundial sobre Investigación para la Salud, incluido el informe sobre el progreso

realizado en relación con la resolución WHA58.34 entregado al 48.º Consejo Directivo; y el informe presentado por el Comité Asesor de Investigaciones en Salud a la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana;

Conscientes de que, a medida que nuestro mundo rápidamente cambiante afronte importantes retos ambientales, demográficos, sociales y económicos, la investigación será cada vez más esencial para dilucidar la naturaleza y alcance de los problemas de salud; identificar intervenciones y estrategias eficaces, seguras y apropiadas; abordar la equidad en materia de salud y los factores determinantes de la salud; y cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio y de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017;

Comprendiendo que la mejora de los resultados de salud requiere investigaciones multidisciplinarias e intersectoriales;

Reconociendo que la investigación para la salud es una función esencial de salud pública que debe incrementarse y fortalecerse aun más en los Estados Miembros;

Afirmando la importancia de las funciones y responsabilidades de la OPS en la investigación para la salud, como la principal organización regional de salud pública;

Reconociendo la necesidad de fortalecer la capacidad del sector público en materia de investigación de salud;

Reconociendo la necesidad de comunicar mejor e integrar los resultados y las actividades de investigación de la OPS en toda la Organización y con sus Estados Miembros y aliados;

Conscientes de que la OPS y sus Estados Miembros tienen que mantener mecanismos funcionales de gobernanza en la investigación para la salud y conscientes de que los sistemas nacionales funcionales de investigación sanitaria pueden obtener un mayor provecho de la investigación al promover la eficiencia, al velar por una gestión eficaz y al coordinar la investigación para las actividades sanitarias;

Tomando en cuenta la resolución WHA61.21 sobre la Estrategia Mundial y el Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual y la resolución CD48.R15 del 48.º Consejo Directivo sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual: una Perspectiva Regional;

Tomando nota de las referencias a la investigación para la salud del Informe de la Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública, al igual que las conclusiones y recomendaciones pertinentes de la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud; y

Teniendo en cuenta los resultados del Foro Ministerial Mundial sobre Investigaciones en pro de la Salud (que se reunió en Bamako del 17 al 19 de noviembre del 2008), la aportación regional presentada al Consejo Directivo, las conclusiones de la 1.^a Conferencia Latinoamericana sobre Investigación e Innovación para Salud, y la Estrategia de la OMS sobre Investigaciones en pro de la Salud,

RESUELVE:

1. Ratificar la política de la OPS sobre investigación para la salud (documento CD49/___).
2. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que reconozcan la importancia de la investigación para la salud y la equidad en materia de salud y adopten y pongan en práctica políticas sobre investigación para la salud que armonicen con los planes nacionales de salud, abarquen todos los sectores públicos y privados pertinentes, alineen el apoyo externo en torno a prioridades mutuas y fortalezcan las instituciones nacionales clave;
 - b) a que consideren la posibilidad de inspirarse en la política de la OPS sobre investigación para la salud conforme a sus circunstancias y contextos nacionales y como parte de sus políticas generales sobre la salud y la investigación sanitaria;
 - c) a que colaboren con la OPS para fortalecer y vigilar los sistemas nacionales de investigación de salud mediante una mejor calidad, rectoría y gestión de la investigación para la salud, la concentración en las necesidades nacionales, el establecimiento de mecanismos eficaces de investigación institucional, el empleo sistemático de la evidencia científica para elaborar las políticas sanitarias, el desarrollo de las aptitudes necesarias por medio de una mayor capacitación de los investigadores sanitarios, alentando la participación en la investigación y la armonización y coordinación del apoyo nacional y externo;
 - d) a que establezcan, según sea necesario y apropiado, mecanismos de gobernanza de la investigación para la salud con el fin de lograr una coordinación eficaz y enfoques estratégicos entre los sectores pertinentes, garanticen la aplicación rigurosa de normas y estándares de investigación adecuados, incluida la protección de sujetos humanos que participen en la investigación, y promuevan un diálogo abierto entre los trazadores de políticas y los investigadores en relación con las necesidades, capacidades y limitaciones nacionales concernientes a la salud;
 - e) a que sigan colaborando con la OPS y sus centros especializados para apoyar el punto de vista que sostiene que las evidencias científicas esenciales para la salud

- y el desarrollo deben seguir siendo accesibles y estar disponibles, incluyendo, cuando corresponda, en el dominio público;
- f) a que promuevan la colaboración intersectorial y la investigación de calidad a fin de generar evidencias científicas necesarias para que las políticas adoptadas en todos los sectores contribuyan a la mejora de la salud y la equidad en materia de salud;
 - g) a que inicien o fortalezcan la colaboración entre países y subregional como una manera de lograr eficiencias de escala en la investigación al compartir experiencias, prácticas óptimas y recursos, mancomunar los mecanismos de capacitación y adquisiciones y usar métodos comunes y estandarizados de evaluación de la investigación;
 - h) a que continúen buscando financiamiento para la investigación para la salud y su vigilancia como se enuncia en la resolución WHA58.34 y de acuerdo con la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda; y
 - i) a que establezcan comités de revisión ética y pongan en marcha principios éticos para los ensayos clínicos con seres humanos, con referencia a la Declaración de Helsinki y otros textos pertinentes sobre los principios éticos de la investigación médica en seres humanos.
3. Invitar a los Estados Miembros, la comunidad de investigación para la salud, el sistema interamericano, el sistema de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales, los impulsores de la investigación, el sector privado, organizaciones de la sociedad civil y otros interesados directos pertinentes:
- a) a que presten apoyo a la Secretaría de la OPS para que ponga en práctica la Política sobre Investigación para la Salud y vigile y evalúe su eficacia;
 - b) a que colaboren con la OPS, en el marco de la política, para determinar las prioridades en la investigación para la salud, formular directrices en relación con la investigación para la salud, crear registros y mecanismos de vigilancia e intercambiar información y datos útiles;
 - c) a que ayuden a la OPS y a sus aliados en la investigación a movilizar y vigilar los recursos destinados a las prioridades regionales y subregionales determinadas para la investigación para la salud;
 - d) a que colaboren con la OPS para alinear y coordinar mejor la arquitectura y gobernanza mundial y regional de las investigaciones para la salud mediante la

- racionalización de las alianzas existentes, a fin de mejorar la coherencia y las repercusiones y aumentar la eficiencia y la equidad;
- e) a que presten especial atención a las solicitudes de cooperación en materia de investigación presentadas por Estados Miembros con necesidades apremiantes, en particular en áreas tales como la transferencia de tecnologías, fuerza de trabajo para la investigación, desarrollo de la infraestructura, los determinantes de la salud, en particular cuando contribuyen a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la equidad en materia de salud y una mejor salud para todos; y
 - f) a que apoyen, cuando proceda, la cooperación técnica encaminada a elevar los estándares de la investigación para la salud en los Estados Miembros.
4. Solicitar a la Directora:
- a) que asuma el liderazgo en la determinación de las prioridades regionales para la investigación para la salud mediante el impulso de esquemas de colaboración para la detección de necesidades y problemas de investigación en conjunto con los Estados Miembros;
 - b) que ejecute e incorpore la Política sobre Investigación para la Salud en todos los niveles de la Organización, así como con los socios, y la alinee con las resoluciones pertinentes como la resolución CD48.R15, *Salud pública, innovación y propiedad intelectual: una perspectiva regional*;
 - c) se adhiera a las normas óptimas y la calidad de la investigación dentro de la Organización, al asegurar que se aplican dentro de la OPS las normas y estándares más elevados de la buena investigación, incluidos los concernientes a aspectos técnicos, éticos y metodológicos; que difunda y promueva el acceso a los resultados de investigación y abogue por su traducción en políticas y prácticas, y que examine y armonice la organización y la gobernanza de las actividades de investigación y las alianzas de la OPS;
 - d) que siga facilitando la capacitación del personal de la OPS en las aptitudes necesarias para usar apropiada y eficazmente la investigación en cada actividad pertinente de la OPS;
 - e) que proporcione recursos básicos suficientes en los proyectos de presupuesto por programas para la ejecución de la Política sobre Investigación para la Salud;
 - f) que preste apoyo a los Estados Miembros, a petición y según lo permitan los recursos, para fortalecer los sistemas nacionales de investigación sanitaria y establecer una colaboración intersectorial eficaz;

- g) que colabore constructivamente con otras organizaciones internacionales, redes e interesados directos, incluidos los centros de excelencia y los centros colaboradores de la OMS, para promover la eficiencia y lograr mayores repercusiones con esta política;
- h) que apoye la promoción y la ejecución eficaces de la Estrategia de la OMS sobre Investigación para la Salud, proporcionando información de manera regular a los Estados Miembros, la participación activa de todos los representados en la OPS pertinentes y la elaboración de estrategias y planes de acción para la Política sobre Investigación para la Salud con la participación de los Estados Miembros en consulta con otros interesados directos, incluida la sociedad civil; y
- i) que promueva la transparencia, con la colaboración de los Estados Miembros, y cuando sea apropiado, la divulgación de información útil para el desarrollo y para los resultados de la investigación.

(Séptima reunión, 25 de junio del 2009)

CE144.R20: Revisión Institucional y Reorganización Interna del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá

Transferencia de la Administración del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá a su Consejo Directivo

LA 144.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora de la OSP *Revisión Institucional del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá - Transferencia de la Administración del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá a su Consejo Directivo* (Documento CE144/19),

RESUELVE:

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

REVISIÓN INSTITUCIONAL Y REORGANIZACIÓN INTERNA DEL INSTITUTO DE NUTRICIÓN DE CENTRO AMÉRICA Y PANAMÁ

Transferencia de la Administración del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá a su Consejo Directivo

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Considerando que en el artículo VII del Convenio Básico del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) los Estados Miembros del INCAP delegaron en su Consejo Directivo la facultad de solicitar cada cinco años a la OPS que ejerza la administración del Instituto;

Reconociendo que el artículo LI del Convenio Básico del INCAP establece que este sea evaluado por lo menos cada cinco años como base para proponer posibles ajustes que se adapten a la realidad del desarrollo de los Estados Miembros;

Destacando que el Convenio Básico del INCAP entró en vigencia el 22 de enero del 2003, por lo que ha transcurrido el plazo previsto en los artículos VII y LI *supra* mencionados;

Tomando nota que se llevó a cabo un proceso participativo de evaluación del funcionamiento del Instituto que cumple con el mandato del artículo LI del Convenio Básico del INCAP y con las resoluciones del Consejo Directivo de la OPS referentes a la evaluación y análisis periódico de los centros panamericanos;

Reconociendo que el proceso de evaluación mencionado tuvo como resultado un nuevo Marco Estratégico Institucional para el Instituto, que declara que el INCAP es una institución madura que desempeña una función fundamental en apoyo del sector salud del Eje Social del Sistema de Integración Centroamericana (SICA);

Considerando que la ejecución del Marco Estratégico Institucional requiere que el INCAP adquiera plena autonomía funcional acorde a su grado de madurez institucional y su condición de miembro de pleno derecho e institución decana del Sistema de la Integración Centroamericana;

Tomando nota que la LIX Reunión del Consejo Directivo del INCAP en su Resolución II decidió asumir la administración del INCAP con plena autonomía funcional, incluyendo el nombramiento de su Director, a partir de septiembre del 2009, y aprobó los ajustes necesarios al Convenio Básico del Instituto para permitir su reorganización interna bajo la autoridad de su Consejo Directivo; y

Reconociendo que el Consejo Directivo del INCAP tiene competencia para aprobar los ajustes al Convenio Básico del INCAP que se derivan del ejercicio de la facultad que le fuera delegada por los miembros del INCAP en el artículo VII del Convenio Básico,

RESUELVE:

1. Tomar nota de la decisión del Consejo Directivo del INCAP de asumir la administración del INCAP con plena autonomía funcional.
2. Tomar nota de que la Organización Panamericana de la Salud continuará siendo parte del INCAP como miembro en propiedad, pero que dejará de ejercer la administración del Instituto en los términos de los artículos VII, XXXIV, XXXV y XXXVI del Convenio Básico del INCAP.
3. Aprobar el Ajuste al Convenio Básico para la Reorganización Interna del INCAP según fue adoptado por la Resolución II del LIX Consejo Directivo del INCAP (anexo), que pasa a ser parte integrante de la presente resolución y que elimina los artículos VII, XXXIV, XXXV y XXXVI y ajusta los artículos XV, XIX, XX y XXXIX del Convenio Básico del INCAP.
4. Solicitar a la Directora de la OSP:
 - a) que tome las medidas administrativas y legales necesarias para asegurar la transferencia de la administración del INCAP al Consejo Directivo del Instituto de manera ordenada y transparente, y de conformidad con el Ajuste al Convenio Básico del INCAP aprobado por el Consejo Directivo del INCAP y por este Consejo; y
 - b) que se asegure que la Organización continúe participando en el INCAP en calidad de miembro en propiedad.

Anexo

(Séptima reunión, 25 de junio del 2009)

RESOLUCIÓN II*
AJUSTE DEL CONVENIO BÁSICO
PARA LA REORGANIZACIÓN INTERNA DEL INCAP**

EL CONSEJO

Considerando que el Artículo LI del Convenio Básico del Instituto establece que el mismo deberá ser evaluado cada cinco años para proponer posibles modificaciones que se adapten a la realidad del desarrollo de los Estados Miembros. Asimismo, el Artículo VII establece que la OPS/OMS es responsable de la administración del Instituto por solicitud de este Consejo, la que se renovará cada cinco años, y deberá ser aceptada cada vez por el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Considerando que el Convenio Básico del Instituto entró en vigencia el 22 de enero del año 2003, por lo que ha transcurrido el plazo previsto en los artículos VII y LI *supra* mencionados. En este contexto, se llevó a cabo un proceso participativo de evaluación del funcionamiento del Instituto, que tuvo como resultado la propuesta de un nuevo Marco Estratégico Institucional (MEI).

Considerando que este Consejo, en su LVIII Reunión celebrada en San Salvador el 10 de Septiembre de 2007, aprobó el MEI en su Resolución V e instruyó al Director del INCAP para que inicie el proceso de revisión y ajuste del Convenio Básico del Instituto, a fin de alinearlos con su nuevo Marco Estratégico.

Considerando que el MEI reconoce que el INCAP es hoy una institución madura, que desempeña un rol fundamental en la construcción de la nueva Centro América como Región que busca su desarrollo en Paz, Justicia, Libertad y Democracia y ejerce con gran responsabilidad las funciones que le competen en apoyo del Sector Salud del Sub Sistema Social del Sistema de Integración Centroamericana (SISCA).

Considerando que la implementación del Marco Estratégico requiere que el INCAP adquiera plena autonomía; acorde a su grado de madurez institucional y su condición de miembro de pleno derecho e institución decana del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA).

* Resolución II del LIX Consejo Directivo del INCAP, 27 de enero del 2009, Tegucigalpa, Honduras.

** Este documento es una copia fiel de la resolución aprobada.

Considerando que este Consejo en Reunión Extraordinaria celebrada en Panamá el 21 de febrero de 2008 instruyó que se preparara una propuesta de ajuste al Convenio Básico para reflejar la reorganización interna del Instituto y los mecanismos que le permitan asumir una mayor autonomía programática, financiera y administrativa, en concordancia con el MEI.

Considerando que este Consejo, en Reunión Extraordinaria celebrada en San Salvador el 23 de junio de 2008, señaló que el INCAP es una institución madura, que desempeña un rol fundamental como Institución Especializada en Nutrición en el Área de Centroamérica y que puede en un futuro próximo desligarse de la administración de la OPS/OMS y manejarse con autonomía funcional guiada por su Consejo Directivo, siendo lo más conveniente para este fin que se cumpla una transición ordenada y transparente de su administración.

Que en razón de lo anterior y con base en los artículos 12 y 17 del Tratado de Integración Social y VII del Convenio Básico del INCAP,

RESUELVE:

- I. Señalar que el Consejo Directivo asumirá la administración del INCAP con plena autonomía funcional, incluyendo el nombramiento de su Director, a partir de Septiembre 2009.
- II. Reconocer que la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) continuará siendo parte del INCAP como miembro en propiedad; pero que dejará de ejercer la administración del Instituto en los términos de los Artículos VII, XXXIV, XXXV y XXXVI del Convenio Básico.
- III. Ajustar el Convenio Básico del INCAP para permitir la reorganización del Instituto bajo la administración y autoridad de este Consejo. A ese efecto y a partir de la fecha en que este Consejo asuma la administración del Instituto conforme se establece en el apartado I de la presente Resolución, los siguientes Artículos del Convenio Básico del INCAP serán ajustados como sigue:

Artículo XV: Bajo las atribuciones principales del Consejo Directivo del INCAP, agregar un nuevo numeral 2 que lea: Elegir al Director del INCAP de conformidad con los procedimientos aprobados por este Consejo. Renumerar los demás numerales.

Artículo XIX: La Dirección del INCAP estará a cargo de un Director nombrado por el Consejo Directivo, elegido de conformidad con los

procedimientos aprobados por este Consejo. El Director del INCAP asumirá la responsabilidad del manejo del Instituto de acuerdo al presente Convenio Básico y a los deberes y funciones que le asigne el Consejo Directivo del INCAP.

Artículo XX: Ajustar el primer párrafo para que lea “El Director del INCAP será el responsable del desarrollo de las actividades del Instituto, según las normas, reglamentos, orientaciones programáticas y administrativas aprobadas por su Consejo Directivo y según lo establecido por el presente Convenio Básico”. Ajustar el numeral 8 de este Artículo para que lea: “Cumplir con las funciones que le sean delegadas por el Consejo Directivo y, en general, emprender y realizar cuantas acciones considere necesarias, de conformidad con el presente Convenio Básico.”

Artículo XXXIX: Substituir con la siguiente redacción: “La OPS/OMS aportará recursos al presupuesto del INCAP para financiar las actividades del Instituto enmarcadas en la Estrategia Regional sobre Nutrición en la Salud y el Desarrollo de las Américas, los planes de trabajo de la OPS/OMS y otras acordadas entre ambas instituciones. Los aportes financieros de la OPS/OMS al INCAP se formalizarán mediante (i) la suscripción de documentos legales periódicos de carácter general y/o (ii) documentos específicos para actividades o proyectos individuales.”

- IV. Declarar inaplicable por inconsistentes los Artículos VII, XXXIV, XXXV, XXXVI del Convenio Básico.

CE144.R21: Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2010-2011

LA 144.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2010-2011 (*Documento oficial 333*);

Habiendo examinado el informe del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración (documento CE144/4);

Observando los importantes aumentos obligatorios de los costos relacionados con los puestos de plazo fijo para el 2010-2011, a pesar de los esfuerzos continuos y prudentes por reducir la cantidad de puestos de plazo fijo;

Habiendo examinado el Apéndice al Programa y el Presupuesto (documento *Justificación de la solicitud para aumentar las contribuciones señaladas*) en el cual la Oficina describe la justificación del aumento de las contribuciones señaladas, la

repercusión programática negativa prevista sobre la cooperación técnica de la OPS, los esfuerzos para mejorar la eficiencia y la productividad, así como para mejorar el desempeño, la vigilancia y el proceso de evaluación a fin de evaluar la ejecución programática y financiera de los resultados previstos;

Observando los esfuerzos de la Directora para proponer un programa y presupuesto 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 inciso C del artículo 14 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud y los párrafos 3.5 y 3.6 del Artículo III del Reglamento Financiero de la OPS,

RESUELVE:

1. Agradecer al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración por el examen preliminar y el informe sobre el programa y el presupuesto propuestos.
2. Expresar agradecimiento a la Directora por la atención prestada durante la elaboración del programa y presupuesto a la asignación de prioridades programáticas y a la reducción de costos mediante la ejecución de instrumentos que permitan medir la eficiencia y la productividad así como el desempeño programático institucional.
3. Solicitar a la Directora que incorpore las observaciones formuladas por los Miembros del Comité Ejecutivo en la versión revisada del *Documento oficial 333* que será sometido a la consideración del 49.º Consejo Directivo.
4. Recomendar al 49.º Consejo Directivo que apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

PROYECTO DE PROGRAMA Y PRESUPUESTO DE LA OPS 2010-2011

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2010-2011 (*Documento oficial 333*);

Habiendo examinado el informe del Comité Ejecutivo (documento CD49/__);

Observando los importantes aumentos obligatorios de los costos relacionados con los puestos de plazo fijo para el 2010-2011, a pesar de los esfuerzos continuos y prudentes por reducir la cantidad de puestos de plazo fijo;

Observando los esfuerzos de la Directora para proponer un programa y presupuesto 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 inciso C del artículo 14 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud y los párrafos 3.5 y 3.6 del Artículo III del Reglamento Financiero de la OPS,

RESUELVE:

1. Aprobar el programa de trabajo para la Oficina como figura en el proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2010-2011 (*Documento oficial 333*).
2. Asignar para el ejercicio financiero 2010-2011 la cantidad de US\$ 339.852.335, que representa un aumento de las contribuciones señaladas de los Estados Miembros de la OPS, Estados Participantes y Miembros Asociados de 3,5% con respecto al bienio 2008-2009, de la siguiente manera:

SECCIÓN	TÍTULO	CANTIDAD
1	Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles	23.302.000
2	Combatir la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria	6.324.000
3	Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos	11.426.000
4	Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la infancia y la adolescencia, mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas	11.694.000
5	Reducir las consecuencias para la salud de las emergencias, desastres, crisis y conflictos, y minimizar su impacto social y económico	3.893.000
6	Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir factores de riesgo tales como el consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo, que afectan las condiciones de salud	7.611.000
7	Abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos	8.068.000

SECCIÓN	TÍTULO	CANTIDAD
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	13.399.000
9	Mejorar la nutrición, la inocuidad 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	12.009.000
10	Mejorar la organización, gestión y prestación de los servicios de salud	8.111.000
11	Fortalecer el liderazgo, la gobernanza y la evidencia científica de los sistemas de salud	32.026.000
12	Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias	7.565.000
13	Asegurara la existencia de un personal de salud disponible, competente, productivo y capaz de responder a las necesidades, con miras a mejorar los resultados sanitarios	9.305.000
14	Extender la protección social mediante una financiación equitativa, suficiente y sostenible	5.207.000
15	Ejercer liderazgo, fortalecer la gobernanza y fomentar las alianzas y la colaboración con los países, el sistema de las Naciones Unidas y otros actores 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	65.885.000
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	61.275.000
	Presupuesto efectivo de trabajo para 2010-2011 (Partes 1 a 16)	287.100.000
17	Contribuciones del personal (transferencia al Fondo de Igualación de Impuestos)	52.752.335
	Total: todas las secciones	339.852.335

3. Las asignaciones se financiarán por medio de:

a) Contribuciones con respecto a:

Gobiernos Miembros, Gobiernos Participantes, y
Miembros Asociados de conformidad con la escala
adoptada239.152.335

b) Ingresos varios	20.000.000
c) Proporción de AMRO aprobada por la	
62ª Asamblea Mundial de la Salud	80.700.000
TOTAL	<u>339.852.335</u>

4. Al establecer las contribuciones de Estados Miembros, los Estados Participantes, y Miembros Asociados, sus contribuciones señaladas se reducirán aún más por el monto pendiente a su favor en el Fondo de Igualación de Impuestos, excepto que los créditos de aquellos países que gravan impuestos sobre los salarios recibidos de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) por sus ciudadanos y residentes se reducirán por los montos de tales reembolsos tributarios de la OSP.

5. En conformidad con el Reglamento Financiero de la OPS, las sumas que no excedan las asignaciones observadas en el párrafo 2 estarán disponibles para el pago de las obligaciones incurridas durante el período desde el 1 de enero del 2010 hasta el 31 de diciembre del 2011, inclusive; a pesar de la disposición de este párrafo, las obligaciones durante el ejercicio financiero 2010-2011 se limitarán al presupuesto efectivo de trabajo, es decir, las secciones 1 a la 16 del cuadro de asignaciones en el párrafo 2.

6. La Directora tendrá autorización para hacer transferencias entre las secciones de asignación del presupuesto efectivo de trabajo hasta una cantidad que no exceda 10% del monto asignado para la categoría desde la cual se hace la transferencia. Las transferencias entre secciones del presupuesto que superen 10% de la sección desde la cual se transfiere el crédito podrán hacerse con la aprobación del Comité Ejecutivo, y todas las transferencias de créditos del presupuesto deberán informarse al Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana.

7. Hasta 5% del presupuesto asignado a nivel de país se apartará en concepto de “componente variable de la asignación a los países”, según lo estipulado en la Política del Presupuesto Regional por Programas. El gasto con respecto al componente variable de la asignación a los países será autorizado por la Directora en conformidad con los criterios aprobados por la segunda sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración, como se los presentó al Comité Ejecutivo en su 142.ª sesión en el documento CE142/8. El gasto efectuado del componente variable de la asignación a los países se reflejará en las secciones correspondientes de asignación 1 a 16 en el momento de presentar la información financiera.

8. Calcular el monto del gasto en el programa y presupuesto para el 2010-2011 a ser financiado por fondos de otra procedencia en US\$ 355.851.000, como se muestra en el *Documento oficial* 333.

(Octava reunión, 26 de junio del 2009)

CE144.R22: Premio OPS en Administración 2009

LA 144.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración 2009 (documento CE144/5, Add. I); y

Teniendo presente las disposiciones de las pautas y procedimientos para conferir el Premio OPS en Administración, según fueron aprobados por la 18.^a Conferencia Sanitaria Panamericana (1970) 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 2009 a la Dra. Merceline Dahl-Regis, de las Bahamas, por su contribución a la gestión e investigación de servicios de salud y a la capacitación médica para la atención primaria de salud, así como por su liderazgo en la institucionalización de un sistema de vigilancia en salud pública a través de todas las Bahamas y en la evaluación y redefinición de los parámetros de la Iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe.
2. Transmitir el informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración 2009 (documento CE144/5, Add. I) al 49.º Consejo Directivo.

(Octava reunión, 26 de junio del 2009)

CE144.R23: Contribuciones de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud 2010-2011

LA 144.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Considerando que en la resolución CE144.R18 el Comité Ejecutivo ha recomendado al 49.º Consejo Directivo que apruebe una nueva escala de contribución para los miembros de la OPS para el bienio 2010-2011; y

Considerando que en la resolución CE144.R21 el Comité Ejecutivo ha recomendado al 49.º Consejo Directivo que apruebe el Programa y presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud 2010-2011 (*Documento oficial 333*),

RESUELVE:

Recomendar al 49.º Consejo Directivo que apruebe una resolución redactada en los siguientes términos:

**CONTRIBUCIONES SEÑALADAS DE LOS ESTADOS MIEMBROS, LOS
ESTADOS PARTICIPANTES Y LOS MIEMBROS ASOCIADOS DE LA
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD 2010-2011**

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Considerando que en la resolución CD49.R__ el Consejo Directivo aprobó el Programa y presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud 2010-2011 (*Documento Oficial 333*); y

Teniendo presente que el Código Sanitario Panamericano estipula que la escala de contribuciones señaladas que se aplicará a los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud para el presupuesto por programas se basará en la escala de contribuciones señaladas adoptada por la Organización de los Estados Americanos para sus miembros, y que en la resolución CD49.R__ el Consejo Directivo aprobó la nueva escala de contribuciones para los miembros de la OPS en el bienio 2010-2011,

RESUELVE:

Establecer las contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el ejercicio financiero 2010-2011 en conformidad con la escala que figura a continuación y en los montos correspondientes, que representan un aumento de 3,5% con respecto al ejercicio financiero 2008-2009.

(1) Miembros	(2) Escala ajustada a los miembros de la OPS		(3) Cuota bruta		(4) Crédito del Fondo de Igualación de Impuestos		(5) Reajustes por impuestos que aplican los Gobiernos Miembros a la remuneración del personal de la OSP		(6) Cuota neta	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Gobiernos Miembros :										
Antigua y Barbuda	0,022	0,022	26.307	26.307	5.803	5.803			20.504	20.504
Argentina	3,211	3,211	3.839.591	3.839.591	846.939	846.939			2.992.652	2.992.652
Bahamas	0,077	0,077	92.074	92.074	20.310	20.310			71.764	71.764
Barbados	0,060	0,060	71.746	71.746	15.826	15.826			55.920	55.920
Belice	0,022	0,022	26.307	26.307	5.803	5.803			20.504	20.504
Bolivia	0,046	0,046	55.005	55.005	12.133	12.133			42.872	42.872
Brasil	7,953	7,953	9.509.893	9.509.893	2.097.697	2.097.697			7.412.196	7.412.196
Canadá	13,761	13,761	16.454.876	16.454.876	3.629.624	3.629.624	25.000	25.000	12.850.252	12.850.252
Chile	1,073	1,073	1.283.052	1.283.052	283.016	283.016			1.000.036	1.000.036
Colombia	0,839	0,839	1.003.244	1.003.244	221.296	221.296			781.948	781.948
Costa Rica	0,187	0,187	223.607	223.607	49.323	49.323			174.284	174.284
Cuba	0,241	0,241	288.179	288.179	63.567	63.567			224.612	224.612
Dominica	0,022	0,022	26.307	26.307	5.803	5.803			20.504	20.504
República Dominicana	0,206	0,206	246.327	246.327	54.335	54.335			191.992	191.992
Ecuador	0,206	0,206	246.327	246.327	54.335	54.335			191.992	191.992
El Salvador	0,105	0,105	125.555	125.555	27.695	27.695			97.860	97.860
Granada	0,022	0,022	26.307	26.307	5.803	5.803			20.504	20.504
Guatemala	0,187	0,187	223.607	223.607	49.323	49.323			174.284	174.284
Guyana	0,022	0,022	26.307	26.307	5.803	5.803			20.504	20.504
Haití	0,045	0,045	53.809	53.809	11.869	11.869			41.940	41.940
Honduras	0,045	0,045	53.809	53.809	11.869	11.869			41.940	41.940
Jamaica	0,123	0,123	147.079	147.079	32.443	32.443			114.636	114.636
México	8,141	8,141	9.734.696	9.734.696	2.147.284	2.147.284			7.587.412	7.587.412
Nicaragua	0,045	0,045	53.809	53.809	11.869	11.869			41.940	41.940

(1) Miembros	(2) Escala ajustada a los miembros de la OPS		(3) Cuota bruta		(4) Crédito del Fondo de Igualación de Impuestos		(5) Reajustes por impuestos que aplican los Gobiernos Miembros a la remuneración del personal de la OSP		(6) Cuota neta	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Panamá	0,163	0,163	194.909	194.909	42.993	42.993			151.916	151.916
Paraguay	0,124	0,124	148.274	148.274	32.706	32.706			115.568	115.568
Perú	0,553	0,553	661.256	661.256	145.860	145.860			515.396	515.396
Saint Kitts y Nevis	0,022	0,022	26.307	26.307	5.803	5.803			20.504	20.504
Santa Lucía	0,022	0,022	26.307	26.307	5.803	5.803			20.504	20.504
San Vicente y las Granadinas	0,022	0,022	26.307	26.307	5.803	5.803			20.504	20.504
Suriname	0,045	0,045	53.809	53.809	11.869	11.869			41.940	41.940
Trinidad y Tabago	0,152	0,152	181.756	181.756	40.092	40.092			141.664	141.664
Estados Unidos de América	59,445	59,445	71.082.053	71.082.053	15.679.313	15.679.313	5.100.000	5.100.000	60.502.740	60.502.740
Uruguay	0,181	0,181	216.433	216.433	47.741	47.741			168.692	168.692
Venezuela	2,060	2,060	2.463.269	2.463.269	543.349	543.349	0	0	1.919.920	1.919.920
Subtotal	99,450	99,450	118.918.500	118.918.500	26.231.100	26.231.100	5.125.000	5.125.000	97.812.400	97.812.400
Gobiernos Participantes :										
Francia	0,289	0,289	345.575	345.575	76.227	76.227			269.348	269.348
Reino de los Países Bajos	0,090	0,090	107.619	107.619	23.739	23.739			83.880	83.880
Reino Unido	<u>0,060</u>	<u>0,060</u>	<u>71.746</u>	<u>71.746</u>	<u>15.826</u>	<u>15.826</u>			<u>55.920</u>	<u>55.920</u>
Subtotal	0,439	0,439	524.940	524.940	115.792	115.792			409.148	409.148
Miembro asociado :										
Puerto Rico	<u>0,111</u>	<u>0,111</u>	<u>132.730</u>	<u>132.730</u>	<u>29.278</u>	<u>29.278</u>			<u>103.452</u>	<u>103.452</u>
Subtotal	0,111	0,111	132.730	132.730	29.278	29.278			103.452	103.452
TOTAL	<u>100,000</u>	<u>100,000</u>	<u>119.576.170</u>	<u>119.576.170</u>	<u>26.376.170</u>	<u>26.376.170</u>	<u>5.125.000</u>	<u>5.125.000</u>	<u>98.325.000</u>	<u>98.325.000</u>

(Octava reunión, 26 de junio del 2009)

CE144.R24: Reforma Institucional del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)

LA 144.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado la propuesta presentada por la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana (“la Directora”) para el establecimiento de un nuevo marco institucional para la gobernanza, gestión y financiamiento del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME) según se describe en el documento *Examen institucional del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)* (documento CE144/18, Rev. 1),

RESUELVE:

1. Recomendar al Consejo Directivo:
 - a) que apruebe el nuevo marco institucional para la gobernanza, gestión y financiamiento de BIREME, lo que incluye la propuesta de Estatuto de BIREME que figura en el documento *Reforma institucional del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)* (documento CE144/18, Rev. 1);
 - b) que, en ocasión del 49.º Consejo Directivo, celebre una elección a fin de seleccionar a los cinco miembros no permanentes del Consejo Asesor de BIREME, de conformidad con lo estipulado en la propuesta de Estatuto de BIREME.
2. Solicitar a la Directora que convoque a la presentación de candidaturas entre los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la OPS a fin de proceder a la elección del recién establecido Consejo Asesor en ocasión del 49.º Consejo Directivo.
3. Recomendar al Consejo Directivo que apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

ESTABLECIMIENTO DE UN NUEVO MARCO INSTITUCIONAL PARA EL CENTRO LATINOAMERICANO Y DEL CARIBE PARA INFORMACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD (BIREME)

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado la propuesta presentada por la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana (“la Directora”) para el establecimiento de un nuevo marco

institucional para la gobernanza, la gestión y el financiamiento del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME) según se describe en el documento *Establecimiento de un nuevo marco institucional para el Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)* (documento CD49/__);

Reconociendo que la cooperación técnica prestada por BIREME a los Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados de la OPS en los últimos 42 años en el ámbito de la información y la comunicación sobre las ciencias de la salud ha evolucionado con la Biblioteca Virtual en Salud y las redes afines para convertirse en un ‘bien público’ regional de conocimientos científicos críticos y fundamentales, orientado al desarrollo de la investigación, la educación y la atención en materia de salud;

Considerando que BIREME ha desempeñado un papel importante en la cooperación internacional Sur-Sur con otras regiones en desarrollo del mundo mediante el intercambio de experiencias y conocimientos en cuanto a métodos, información, tecnología, productos, servicios y formación de redes en la esfera de las ciencias de la salud;

Reconociendo que el marco institucional actual de BIREME no se ha modificado sustancialmente en los 42 años de su existencia y ya no responde adecuadamente a las necesidades de gestión, funcionamiento y financiamiento del Centro;

Reconociendo la importancia histórica de la contribución del Gobierno del Brasil al establecimiento y el mantenimiento continuo de BIREME en ese país, en particular las contribuciones especiales aportadas por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, la Secretaría de Salud del Estado de São Paulo y la Universidad Federal de Brasil;

Teniendo presente la importancia de facultar a BIREME para que desempeñe mejor sus funciones estratégicas por medio de un marco institucional contemporáneo que brinde apoyo a su gobernanza, gestión y financiamiento; y

Considerando la necesidad de fortalecer la sostenibilidad financiera de BIREME mediante el establecimiento de una estructura de financiamiento adecuada que equilibre las fuentes de financiamiento ordinarias y extrapresupuestarias,

RESUELVE:

1. Aprobar el Estatuto propuesto de BIREME, que se adjunta como parte integrante de esta resolución (anexo), que entrará en vigor desde el 1 de enero del 2010.

2. Reafirmar la importancia de la cooperación entre el Gobierno de Brasil y la OPS para el mantenimiento de BIREME e instar al Gobierno del Brasil a que siga apoyando a BIREME y mejore esta cooperación.
3. Solicitar a la Directora:
 - a) que entable negociaciones con el Gobierno del Brasil a fin de concluir un nuevo Acuerdo de Sede para BIREME que defina las responsabilidades del Gobierno con respecto al mantenimiento de BIREME, así como a sus prerrogativas e inmunidades en ese país;
 - b) que emprenda negociaciones con el Gobierno del Brasil, por el conducto de los ministerios correspondientes y la Universidad Federal de São Paulo, a fin de concluir un nuevo Acuerdo de Instalaciones para el funcionamiento continuado de BIREME dentro del recinto de la Universidad, que abarque las cuestiones atinentes al espacio físico, al personal, a la colección de revistas de BIREME, así como a otro tipo de apoyo para el Centro; y
 - c) que dé instrucciones a la Secretaría de BIREME a fin de que adopte las medidas necesarias para proceder con las reuniones iniciales de los recién establecidos órganos de BIREME, el Consejo Asesor y el Consejo Científico, en el primer semestre del 2010.

Anexo: Estatuto de Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)

(Octava reunión, 26 de junio del 2009)

Proyecto de Estatuto de BIREME

Artículo I Personalidad jurídica

El Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud, también conocido por su nombre original de Biblioteca Regional de Medicina ("BIREME"), es un Centro Especializado de la Organización Panamericana de la Salud ("OPS"), cuya secretaría es la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud ("OMS"), establecido de conformidad con las resoluciones del Consejo Directivo de la OPS y con sede en la ciudad de São Paulo, donde opera desde su creación en base a un convenio firmado entre la OPS y el Gobierno de la República Federativa del Brasil.

Artículo II Objetivo

BIREME tiene por objetivo contribuir al desarrollo de la salud de las poblaciones de la Región de las Américas mediante la promoción de la cooperación entre los países, así como a la democratización del acceso a la información científicotécnica, a la legislación y el intercambio de conocimientos y datos científicos en pro del mejoramiento continuo de los sistemas de salud, educación e investigación.

Artículo III Funciones

Para alcanzar su objetivo, BIREME cumplirá las siguientes funciones de cooperación técnica, comprendidas en el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud:

1. Apoyar y fortalecer los sistemas de información en ciencias de la salud de los Estados Miembros de la OPS.
2. Contribuir al desarrollo y fortalecimiento de medidas y políticas públicas en materia de salud y de las capacidades e infraestructuras nacionales y regionales para la adquisición, organización, acceso, publicación y uso de información, conocimiento y datos científicos en los procesos y decisiones en materia de salud.
3. Contribuir al desarrollo y fortalecimiento de redes de instituciones y personas que sean productores, intermediarios y usuarios de información científica, legal, técnica y fáctica en materia de salud, por medio de la gestión y operación cooperativa de productos, servicios y actividades de información en el espacio común de la Biblioteca Virtual

en Salud, en colaboración con las redes complementarias nacionales, regionales e internacionales.

4. Contribuir al desarrollo global de la información y comunicación científica de salud por medio de alianzas, programas, redes y proyectos entre instituciones internacionales, regionales y nacionales, haciendo hincapié en el aumento de la visibilidad, la accesibilidad, la calidad, el uso y la repercusión de la producción científicotécnica de los países y regiones en desarrollo.
5. Contribuir al desarrollo de la terminología científicotécnica del campo de la salud en español, francés, inglés y portugués.
6. Contribuir al desarrollo de los sistemas de educación a distancia en la Región de las Américas, por medio de la creación de infraestructuras y capacidades para el acceso y la diseminación de información como parte integral del Campus Virtual de Salud Pública de la OPS.
7. Apoyar y promover la colaboración entre gobiernos, profesionales, trabajadores de la salud, usuarios, instituciones científicas y organismos internacionales afines y la sociedad, con miras a establecer y fortalecer sistemas nacionales de información de salud que promuevan la enseñanza y la investigación continua por medio de la innovación y la utilización de las tecnologías de información y comunicación.

Artículo IV Membresía

Son miembros de BIREME las entidades definidas a continuación de acuerdo con las categorías siguientes: Estados Miembros, Estados Participantes y Organizaciones Participantes.

1. Estados Miembros de BIREME: Todos los Estados Miembros de la OPS.
2. Estados Participantes de BIREME: Cualquier Estado Miembro de la OMS podrá ser admitido como "Estado Participante de BIREME", para lo cual será necesario:
 - a. que el Estado Miembro de la OMS comunique al Director* de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) su intención de

* En este documento se hace referencia a la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana como la Directora de la Organización Panamericana de la Salud.

participar en la cooperación científicotécnica y de contribuir financieramente con BIREME mediante aportes anuales establecidos por el Consejo Asesor de BIREME, y conforme a lo descrito en el artículo IX del presente Estatuto, y que manifieste su reconocimiento del presente Estatuto y su compromiso de actuar sobre la base de sus respectivos reglamentos, y

- b. que el Consejo Asesor apruebe la solicitud de incorporación como Estado Participante de BIREME por una mayoría de dos tercios de sus miembros.
3. Organizaciones Participantes de BIREME: Toda organización internacional pública con conocimiento específico sobre información y comunicación científicotécnica podrá ser admitida como “Organización Participante de BIREME”, para lo cual será necesario:
- a. que la organización internacional comunique al Director de la OPS su intención de participar en la cooperación científicotécnica y de contribuir financieramente con BIREME mediante aportes anuales establecidos por el Consejo Asesor de BIREME y conforme a lo descrito en el artículo IX del presente Estatuto, y que manifieste su reconocimiento del presente Estatuto y su compromiso de actuar con base en sus respectivos reglamentos, y
 - b. que el Consejo Asesor apruebe la solicitud de incorporación como Organización Participante de BIREME por una mayoría de dos tercios de sus miembros.
4. Un Estado Participante o una Organización Participante podrá renunciar y dejar de ser miembro de BIREME mediante comunicación al Director de la OPS y al Consejo Asesor. La renuncia se hará efectiva 6 (seis) meses después de recibida la notificación por parte del Director de la OPS.

Artículo V Estructura

BIREME estará compuesto por los siguientes órganos:

- 1) Consejo Asesor
- 2) Consejo Científico
- 3) Secretaría

Artículo VI El Consejo Asesor

El Consejo Asesor es un órgano permanente de BIREME y cumple funciones consultivas ante el Director de la OPS.

1. El Consejo Asesor de BIREME estará constituido por Miembros designados conforme a la siguiente composición:
 - a. 2 (dos) Miembros Permanentes: 1 (un) miembro nombrado por el representante del Gobierno del Brasil y 1 (uno) nombrado por el Director de la OPS;
 - b. 5 (cinco) Miembros No Permanentes, seleccionados y nombrados por el Consejo Directivo de la OPS de entre los Miembros de BIREME, descritos en el artículo IV, teniendo en cuenta la representación geográfica.
2. Los Miembros No Permanentes del Consejo Asesor de BIREME deberán alternarse cada 3 (tres) años. Sin embargo, el Consejo Directivo de la OPS podrá estipular un período de alternancia más corto, si a su parecer es necesario para mantener el equilibrio entre los miembros del Consejo Asesor.
3. El Consejo Directivo de la OPS podrá ajustar el número de Miembros No Permanentes del Consejo Asesor a medida que se apruebe el ingreso de nuevos Miembros de BIREME.
4. Corresponderá al Consejo Asesor de BIREME:
 - a. formular recomendaciones al Director de la OPS sobre las funciones programáticas de BIREME, con base en el Plan Estratégico de la OPS y el Plan de Trabajo de Cooperación Técnica de la OPS, así como las recomendaciones de los Miembros del Consejo Científico de BIREME;
 - b. examinar el proyecto de Plan de Trabajo Bienal de BIREME y hacer las recomendaciones pertinentes al Director de la OPS con el objeto de fortalecer y desarrollar las capacidades e infraestructuras nacionales y regionales de información científicotécnica;
 - c. examinar el proyecto de Presupuesto Bienal de BIREME y hacer las recomendaciones pertinentes al Director de la OPS con el objeto de fortalecer la estructura de financiamiento;

- d. proponer los aportes financieros anuales de los Estados Participantes y las Organizaciones Participantes;
- e. evaluar la cooperación internacional de BIREME con otras regiones y hacer las recomendaciones pertinentes al Director de la OPS con miras a su perfeccionamiento;
- f. recomendar al Director de la OPS, mediante una exposición de motivos, que se ajuste el número de Miembros No Permanentes del Consejo Asesor, con el objeto de mantener el equilibrio en la representación geográfica;
- g. nombrar a los miembros del Consejo Científico de BIREME;
- h. recomendar al Consejo Directivo de la OPS las modificaciones que estime necesarias al presente Estatuto;
- i. recomendar al Director de la OPS el establecimiento de comités y grupos de trabajo técnicos para apoyar a BIREME en el desempeño de sus funciones programáticas, la ejecución del plan de trabajo y el tratamiento de las prioridades del sector de la salud;
- j. adoptar un Reglamento Interno de funcionamiento que será aprobado por todos sus Miembros en reunión ordinaria;
- k. realizar una reunión ordinaria anual. Los Miembros del Consejo Asesor podrán solicitar al Director de la OPS la celebración de reuniones extraordinarias.

Artículo VII El Consejo Científico

El Consejo Científico es un órgano permanente de BIREME y cumple funciones consultivas ante el Director de la OPS y el Consejo Asesor.

1. El Consejo Científico estará conformado por no menos de cinco especialistas internacionales, designados con base en su reconocida competencia en materia de investigación científica, gestión de la información y conocimientos de salud, comunicación científicotécnica de salud, así como sus conocimientos en las áreas de investigación, ética, desarrollo, operación y financiamiento. Los miembros del Consejo Científico deberán ser nombrados como especialistas y se alternarán cada 3 (tres) años.

2. Los miembros del Consejo Científico serán nombrados por el Consejo Asesor de BIREME teniendo en consideración la diversidad temática y la pericia necesarias para el desempeño de las funciones del Consejo. Cada uno de los Estados Miembros de BIREME podrá nombrar hasta dos especialistas, y el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana podrá nombrar especialistas adicionales, que serán incluidos en la lista de especialistas internacionales a partir de la cual se harán los nombramientos, teniendo en cuenta también la diversidad temática y la pericia necesarias para que el Consejo cumpla sus funciones.
3. Corresponderá al Consejo Científico:
 - a. formular recomendaciones al Consejo Asesor sobre las funciones programáticas de BIREME de acuerdo con los últimos adelantos técnicos internacionales en materia de información y comunicación científicas, incluido lo siguiente: políticas y criterios de calidad para la selección de los materiales y su contenido; gestión de información, conocimiento y datos científicos; gestión editorial; infraestructura de almacenamiento y recuperación de información; bibliometría; informetría, y cienciometría;
 - b. asesorar al Director de la OPS y el Consejo Asesor sobre los métodos y tecnologías que utiliza BIREME en la gestión de productos y servicios de información, y recomendar las soluciones y actualizaciones necesarias;
 - c. asesorar al Director de la OPS y el Consejo Asesor en la adopción de innovaciones en el campo de la información y la comunicación científicas;
 - d. asesorar al Director de la OPS y el Consejo Asesor en la preparación y ejecución del Plan de Trabajo Bienal de BIREME, de acuerdo con el Plan Estratégico de la OPS y el Plan de Trabajo de Cooperación Técnica de la OPS;
 - e. asesorar al Director de la OPS y al Consejo Asesor en el establecimiento de alianzas internacionales para el desarrollo de la información y comunicación científicas en salud;
 - f. adoptar un Reglamento Interno de funcionamiento, que será aprobado por todos sus Miembros en reunión ordinaria;

- g. realizar una reunión ordinaria anual; el Consejo Científico podrá, por intermedio de una representación de 3 (tres) de sus Miembros, solicitar al Consejo Asesor de BIREME la realización de reuniones extraordinarias.

Artículo VIII Secretaría

Sujeto a la autoridad general y las decisiones del Director de la OPS, la Secretaría es un órgano permanente de BIREME y el ente responsable de la gestión y ejecución técnica y administrativa del Programa de Trabajo y Presupuesto Bial de BIREME de acuerdo con las normas y procedimientos de la OPS.

1. La Secretaría estará conformada por el Director de BIREME y el personal técnico y administrativo necesario, según lo determine el Director de la OPS y sujeto a la disponibilidad de recursos económicos.
2. El Director de BIREME será nombrado por el Director de la OPS, mediante concurso internacional y de acuerdo con las normas y procedimientos de la OPS.
3. Los funcionarios que ocuparán los cargos en BIREME serán nombrados de acuerdo con las normas y procedimientos de la OPS.
4. El Director de BIREME será responsable ante el Director de la OPS de la gestión ejecutiva de BIREME de acuerdo con las normas y procedimientos de la OPS, y a él corresponde:
 - a. preparar, sobre la base del Plan Estratégico de la OPS, el proyecto de Plan de Trabajo Bial y el proyecto de Presupuesto Bial de BIREME y presentarlos a la consideración del Consejo Asesor para su examen y recomendación al Director de la OPS;
 - b. hacer cumplir el Plan de Trabajo Bial y el Presupuesto Bial de BIREME aprobados por el Director de la OPS como parte integral del Plan de Trabajo Bial de la OPS;
 - c. promover y establecer la colaboración con entidades y organizaciones relacionadas con las funciones programáticas de BIREME;
 - d. promover y establecer alianzas internacionales para el desarrollo de la información y comunicación científicas de salud, en consonancia con las prioridades de la OPS;

- e. representar a BIREME en actividades e iniciativas relacionadas con sus funciones programáticas, en su calidad de centro especializado de la OPS;
- f. llevar a cabo la gestión administrativa y financiera de BIREME;
- g. presentar un informe anual sobre las actividades de BIREME y someterlo a la consideración del Consejo Asesor para su examen y recomendación al Director de la OPS;
- h. preparar cualquier otro informe solicitado por el Director de la OPS, el Consejo Asesor o el Consejo Científico de BIREME;
- i. ejercer la función de secretario *ex officio* de las reuniones del Consejo Asesor y el Consejo Científico;
- j. aceptar aportes o contribuciones de personas naturales o jurídicas por medio de acuerdos o contratos, siempre y cuando estén relacionados con las funciones de BIREME y sujetos a las condiciones establecidas por el Director de la OPS, previa autorización de este por escrito.

Artículo IX Finanzas

1. Los recursos para el financiamiento del Plan de Trabajo Bienal de BIREME provendrán de las siguientes fuentes: contribución anual de la OPS determinada por el Director de la OPS; contribución anual del Gobierno del Brasil, en consonancia con el convenio celebrado con la OPS; contribuciones anuales de los Estados Participantes y las Organizaciones Participantes de BIREME; y recursos económicos generados por medio de proyectos, prestación de servicios y contribuciones voluntarias.
2. Todas las contribuciones anuales serán pagaderas a partir del 1 de enero de cada año y deberán hacerse efectivas a más tardar el 30 de junio del mismo año.
3. Los fondos y activos de BIREME serán tratados como fondos fiduciarios de la OPS y se administrarán de acuerdo con sus normas financieras.
4. Se creará un Fondo de Trabajo a nombre de BIREME de conformidad con las normas y los procedimientos de la OPS.

Artículo X Privilegios e inmunidades

Los privilegios e inmunidades de BIREME en el Brasil como centro especializado de la OPS, así como las responsabilidades financieras del Gobierno del Brasil en relación con el mantenimiento de BIREME de conformidad con el artículo IX del presente Estatuto, deben estipularse en un convenio específico entre la OPS y el gobierno brasileño.

Artículo XI Instalaciones

Los arreglos relacionados con las instalaciones físicas y otros servicios proporcionados a BIREME, cuya sede desde su creación se encuentra en la ciudad de São Paulo, en el recinto de la Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP), deben estipularse en un acuerdo entre la OPS, el Gobierno del Brasil y la UNIFESP.

Artículo XII Modificaciones

Las modificaciones al presente Estatuto que recomiende el Consejo Asesor de BIREME entrarán en vigencia tras su aprobación por parte del Consejo Directivo de la OPS.

Artículo XIII Entrada en vigor

Las disposiciones de este Estatuto entrarán en vigor a partir de la fecha de su aprobación por parte del Consejo Directivo de la OPS.

CE144.R25: Orden del día provisional del 49.º Consejo Directivo de la OPS, 61.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

LA 144.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el orden del día provisional (documento CD49/1) preparado por la Directora para el 49.º Consejo Directivo de la OPS, 61.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, que se presenta como anexo del documento CE144/3, Rev. 1; y

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

RESUELVE:

Aprobar el orden del día provisional (documento CD49/1) preparado por la Directora para el 49.º Consejo Directivo de la OPS, 61.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

(Octava reunión, 26 de junio del 2009)

Decisiones

Decisión CE144(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 CE144/1).

(Primera reunión, 22 de junio de 2008)

Decisión CE144(D2) Representación del Comité Ejecutivo en el 49.º Consejo Directivo, 61.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 (Uruguay) y Vicepresidente (Suriname) para que representaran al Comité en el 49.º Consejo Directivo, 61.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. El Comité designó a México y Trinidad y Tabago como representantes suplentes.

(Primera reunión, 22 de junio de 2008)

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

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

Jorge Basso
Delegado de Uruguay
Presidente de la
144.^a sesión del Comité Ejecutivo

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

ORDEN DEL DÍA

1. APERTURA DE LA SESIÓN

2. ASUNTOS RELATIVOS AL REGLAMENTO

- 2.1 Adopción del orden del día y del programa de reuniones
- 2.2 Representación del Comité Ejecutivo en el 49.º Consejo Directivo, 61.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
- 2.3 Orden del día provisional del 49.º Consejo Directivo de la OPS, 61.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

3. ASUNTOS RELATIVOS AL COMITÉ

- 3.1 Informe de la tercera sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración
- 3.2 Premio OPS en Administración 2009
- 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 Programa y Presupuesto de la OPS 2010-2011
- 4.2 Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS Modificado (Proyecto)
- 4.3 Nueva escala de cuotas
- 4.4 Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable

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

- 4.5 Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza
- 4.6 Política de investigación para la salud
- 4.7 Estrategia y plan de acción sobre salud mental
- 4.8 Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes
- 4.9 Plan de acción para la ejecución de la política en materia de igualdad de género
- 4.10 Marco de política para la donación y el trasplante de órganos humanos
- 4.11 Salud y turismo
- 4.12 Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud
- 4.13 Reforma institucional del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)
- 4.14 Revisión institucional y reorganización interna del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)
- 4.15 Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales evitables
- 4.16 Salud familiar y comunitaria
- 4.17 El Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud para la Compra de Vacunas

5. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS

- 5.1 Informe sobre la recaudación de las cuotas

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

- 5.2 Informe financiero parcial del Director para 2008
- 5.3 Modificaciones del Reglamento Financiero y las Reglas Financieras
- 5.4 Proyectos que utilizan ingresos del presupuesto por programas que exceden el nivel autorizado del presupuesto ordinario efectivo
- 5.5 Propuesta de creación de un Comité de Auditoría

6. ASUNTOS DE PERSONAL

- 6.1 Modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la OSP
- 6.2 Reforma del sistema de contratación en la OPS
- 6.3 Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OSP

7. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL

- 7.1 Proyecto de Presupuesto por Programas 2010-2011 de la OMS
- 7.2 Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 de la OMS Modificado (Proyecto)
- 7.3 Código de prácticas para la contratación internacional de personal de salud: documento de la OMS para discusión
- 7.4 Informe sobre los progresos realizados en materia de asuntos técnicos:
 - 7.4.1 Reglamento Sanitario Internacional
(Incluye el informe sobre la situación de la pandemia de gripe por A (H1N1))

7. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL *(cont.)*

- 7.4.2 Preparativos para la mesa redonda sobre hospitales seguros
- 7.4.3 Preparativos para el debate de tipo panel sobre la Alianza Panamericana sobre Nutrición y Desarrollo para Cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio
- 7.5 Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS:
 - 7.5.1 Resoluciones y otras acciones de la 62.^a Asamblea Mundial de la Salud
 - 7.5.2 Resoluciones y otras acciones del trigésimo noveno período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la OEA
 - 7.5.3 Informe de la Quinta Cumbre de las Américas
- 7.6 Informe de avance sobre asuntos administrativos y financieros
 - 7.6.1 Estado de la implementación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS)
 - 7.6.2 Fondo Maestro de Inversiones de Capital

8. OTROS ASUNTOS

9. CLAUSURA DE LA SESIÓN

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos oficiales

Documento Oficial 328	Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS Modificado (Proyecto)
Documento Oficial 333 y Add. I	Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2010-2011
Documento Oficial 335	Informe financiero parcial del Director para 2008

Documentos de trabajo

CE144/1, Rev. 2	Orden del día
CE144/WP/1, Rev. 1	Programa de reuniones
CE144/2	Representación del Comité Ejecutivo en el 49.º Consejo Directivo, 61.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
CE144/3, Rev. 1	Orden del día provisional del 49.º Consejo Directivo de la OPS, 61. ^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
CE144/4	Informe de la tercera sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración
CE144/5 y Add. I	Premio OPS en Administración 2009
CE144/6	Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS
CE144/7	Informe anual de la Oficina de Ética
CE144/8	Nueva escala de cuotas

Documentos de trabajo *(cont.)*

CE144/9	Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable
CE144/10, Rev. 1	Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza
CE144/11	Política de investigación para la salud
CE144/12	Estrategia y plan de acción sobre salud mental
CE144/13, Rev. 1	Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes
CE144/14	Plan de acción para la ejecución de la política en materia de igualdad de género
CE144/15, Rev. 1	Marco de política para la donación y el trasplante de órganos humanos
CE144/16	Salud y turismo
CE144/17	Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud
CE144/18, Rev. 1 y Add. I	Reforma institucional del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)
CE144/19, Rev. 1 y Add. I, Rev. 1	Revisión institucional y reorganización interna del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)
CE144/20	Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales evitables
CE144/21	Salud familiar y comunitaria

Documentos de trabajo *(cont.)*

CE144/22, Rev. 1	El Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud para la Compra de Vacunas
CE144/23 y Add. I	Informe sobre la recaudación de las cuotas
CE144/24, Rev. 1	Modificaciones del Reglamento Financiero y las Reglas Financieras
CE144/25, Rev. 1	Proyectos que utilizan ingresos del presupuesto por programas que exceden el nivel autorizado del presupuesto ordinario efectivo
CE144/26, Rev. 1 y Add. I	Propuesta de creación de un Comité de Auditoría
CE144/27	Modificaciones del Reglamento y el Estatuto del Personal de la OSP
CE144/28	Reforma del sistema de contratación en la OPS
CE144/29	Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OSP
CE144/30 y Add. I	Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2010-2011
CE144/31	Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS Modificado (Proyecto)

Documentos de información

CE144/INF/1	Proyecto de Presupuesto por Programas 2010-2011 de la OMS
CE144/INF/2	Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 de la OMS Modificado (Proyecto)

Documentos de información (cont.)

CE144/INF/3, Rev. 1	Código de práctica para la contratación internacional de personal de salud: documento de la OMS para discusión
CE144/INF/4	Informe sobre los progresos realizados en materia de asuntos técnicos:
<i>CE144/INF/4-A</i>	Reglamento Sanitario Internacional (<i>incluye el informe sobre la pandemia [H1N1] 2009</i>)
<i>CE144/INF/4-B</i>	Preparativos para la mesa redonda sobre hospitales seguros
<i>CE144/INF/4-C</i>	Preparativos para el debate de tipo panel sobre la Alianza Panamericana sobre Nutrición y Desarrollo para Cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio
CE144/INF/5	Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS:
<i>CE144/INF/5-A</i>	Resoluciones y otras acciones de la 62.a Asamblea Mundial de la Salud
<i>CE144/INF/5-B</i>	Resoluciones y otras acciones del trigésimo noveno período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la OEA
<i>CE144/INF/5-C</i>	Informe de la Quinta Cumbre de las Américas

Documentos de información *(cont.)*

CE144/INF/6	Informe de avance sobre asuntos administrativos y financieros:
<i>CE144/INF/6-A</i>	Estado de la implementación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS)
<i>CE144/INF/6-B</i>	Fondo Maestro de Inversiones de Capital

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

MEMBERS OF THE COMMITTEE/MIEMBROS DEL COMITÉ

ARGENTINA

Sr. Marcelo Rinaldi
Asesor Canciller
Ministerio de Relaciones Exteriores,
Comercio Internacional y Culto
Buenos Aires

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

BOLIVIA

Dr. Franz Calani
Asesor del Ministro de Salud y Deportes
Ministerio de Salud y Deportes
La Paz

Su Excelencia José E. Pinelo Navarro
Embajador, Representante Permanente
de Bolivia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Erika Dueñas
Encargada de Negocios, a.i.
Embajada de Bolivia
Washington, D.C.

Sr. William Torres Armas
Ministro Consejero
Misión Permanente de Bolivia ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Dra. Gisela Vaca Melgar
Representante Alterna de Bolivia ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

BOLIVIA (cont.)

Sra. Aylin Oropeza Bleichner
Representante Alterna de Bolivia ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

GUATEMALA

Su Excelencia Jorge Skinner Klee
Embajador, Representante Permanente
de Guatemala ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Su Excelencia Lionel Maza
Embajador, Representante Permanente
Alternativo de Guatemala ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Jorge Contreras
Consejero
Misión Permanente de Guatemala ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

HAITI

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

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

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

MEXICO/MÉXICO

Dr. Arturo Cervantes
Director General Adjunto de Prevención
de Accidentes
Secretaría de Salud
México, D.F.

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

Lic. Katya Puga Cornejo
Jefa, Departamento para el Sistema
Interamericano
Dirección General de Relaciones
Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

SURINAME

Dr. Celsius Waterberg
Minister of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Dr. Marthelise Eersel
Director of Health
Ministry of Health
Paramaribo

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

**TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y
TABAGO**

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

Mr. James Kulikowski
Acting Director
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Mr. Mark Abdo
Director of Multilateral Affairs
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

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

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

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

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

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

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

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

Ms. Julia Goldberg
International Health Analyst
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human
Services

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

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

URUGUAY

Dr. Jorge Basso
Director General de Salud
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

Excelentísima Dra. María del Lujan Flores
Embajadora del Uruguay ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sra. Adriana Isabel Rodríguez
Ministra Consejera
Misión Permanente del Uruguay ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

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

BRAZIL/BRASIL

Dra. Márcia Bassit L. da Costa Mazzoli
Secretária Executiva
Ministério da Saúde
Brasília, D.F.

Ministro Eduardo Botelho Barbosa
Assessor Internacional
Ministério da Saúde
Brasília, D.F.

Dr. Leandro Luiz Viegas
Assessor Técnico da Secretaria de
Ciência, Tecnologia e Insumos
Estratégicos
Ministério da Saúde
Brasília, D.F.

Sra. Márcia Rollemberg
Coordenadora de Documentação e
Informação Subsecretaria de Assuntos
Administrativos
Ministério da Saúde
Brasília, D.F.

Dr. Eduardo Hage Carmo
Diretor do Departamento de
Vigilância Epidemiológica
Ministério da Saúde
Brasília, D.F.

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

Sra. Viviane Rios Balbino
Representante Alternata do Brasil junto à
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

CANADA/CANADÁ

Ms. Bersabel Ephrem
Director General
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

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

Ms. Carolina Seward
Policy Analyst
PAHO/Americas
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

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

Ms. Sarada Leclerc
Health Specialist, Americas Branch
Canadian International Development
Agency
Quebec

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

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

CHILE

Su Excelencia Pedro Oyarce
Embajador, Representante Permanente
de Chile ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Carla Serazzi
Segunda Secretaria
Misión Permanente de Chile ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

COLOMBIA

Sr. Carlos Iván Plazas
Encargado de Negocios, a.i.
Misión Permanente de Colombia ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

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

Sr. Carlos Lucien Pineda
Segundo Secretario, Representante
Alternativo de Colombia ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

FRANCE/FRANCIA

Madame Marie-France Pagnier
Ambassadrice, Observatrice permanente
de la France près l'Organisation des
États Américains
Washington, D.C.

Mme Milena Castellnou
Observatrice permanente adjointe de la
France près de l'Organisation des États
Américains
Washington, D.C.

NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS

Mrs. Jocelyne Croes
Minister Plenipotentiary of Aruba
The Hague

NICARAGUA

Sr. Luis Alvarado
Ministro Consejero
Misión Permanente de Nicaragua ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington D.C.

Lic. Julieta María Blandón Miranda
Primer Secretaria
Misión Permanente de Nicaragua ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington D.C.

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

PARAGUAY

Dra. Esperanza Martínez
Ministra de Salud Pública y
Bienestar Social
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Sr. Francisco M. Barreiro P.
Consejero
Misión Permanente del Paraguay
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sra. Carla Poletti
Tercera Secretaria
Misión Permanente del Paraguay
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sra. Claudia Medina
Misión Permanente del Paraguay
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sr. Oscar Báez
Misión Permanente del Paraguay
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

VENEZUELA

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

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

Sra. Valentina Martínez
Attaché
Misión Permanente de la República
Bolivariana de Venezuela ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

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

**OBSERVER STATES
ESTADOS OBSERVADORES**

SPAIN/ESPAÑA

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

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

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

Ing. Carlos Alberto Rosito

**National Alliance for Hispanic Health
Alianza Nacional para la Salud Hispana**

Ms. Marcela Gaitán

U. S. Pharmacopeia

Dr. Damian Cairatti
Mr. Matthew Hayman

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

**Doctors without Borders
Médicos sin Fronteras**

Mrs. Gemma Ortiz M. Genovese
Ms. Gabriela Chaves
Ms. Emi Maclean

**REPRESENTATIVES OF NONGOVERNMENTAL
ORGANIZATIONS IN OFFICIAL RELATIONS WITH WHO (cont.)
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES NO
GUBERNAMENTALES EN RELACIONES OFICIALES CON LA OMS (cont.)**

International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations

Ms. Susan Crowley

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

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

Sr. Fernando Flores
Sra. Helvia Velloso

**United Nations Population Fund
Fondo de Población de las Naciones Unidas**

Ms. Sonia Heckadon
Ms. Rachel Seelig
Ms. Dominica Martin

**PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

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

Dr. Mirta Roses Periago
Director
Directora

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

Dr. Socorro Gross-Galiano
Assistant Director
Subdirectora

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

Mr. Michael Boorstein
Director of Administration
Director de Administración

Dr. Juan Manuel Sotelo
Manager/External Relations,
Resource Mobilization, and Partnerships
Gerente/ Relaciones Externas,
Movilización de Recursos y Asociaciones

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

EL FONDO ROTATORIO DE LA OPS PARA LA COMPRA DE VACUNAS EN VISTA DE NUEVOS RETOS

Informe resumido de la reunión celebrada el 23 de junio del 2009

1. El 23 de junio del 2009 se celebró una reunión en la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Washington, D.C., a fin de tratar diversos temas técnicos y de política relativos al Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización para la Compra de Vacunas de la OPS y la colaboración de la Organización con la Alianza GAVI, el Banco Mundial y el Compromiso Anticipado de Mercado (AMC, por sus siglas en inglés) para las vacunas antineumocócicas. La reunión se convocó a raíz de una solicitud presentada por un delegado de los Estados Unidos de América en ocasión de la tercera sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración de la OPS.¹

2. La doctora Socorro Gross, Subdirectora de la OPS, inauguró la reunión y dio la bienvenida a los participantes, en especial a los Ministros de Salud de Haití, Paraguay y Suriname y los Viceministros de Salud de Brasil y Nicaragua. Además, la reunión contó con la presencia de delegados de diversos Estados Miembros de la OPS que asistían a la 144.^a sesión del Comité Ejecutivo de la OPS, que tuvo lugar en sede de la OPS del 22 al 26 de junio del 2009, y de representantes de la Alianza GAVI y el Banco Mundial. La industria farmacéutica también estuvo representada. Los delegados de varios Estados Miembros de la OPS también formaron parte de la reunión por medio del software de conferencias en línea.

3. Las ponencias introductorias estuvieron a cargo de Alex Palacios de la Alianza GAVI, Susan McAdams del Banco Mundial y Cuauhtémoc Ruiz de la OPS, y luego se ofreció el uso de la palabra para realizar preguntas y observaciones. A continuación se resumen las ponencias y el debate que tuvo lugar.

Ponencia a cargo de Alex Palacios, Representante Especial, Oficina Ejecutiva, Alianza GAVI

4. El señor Palacios empezó por señalar que la Alianza GAVI había estado colaborando con la OPS y los representantes de Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) a fin de buscar soluciones prácticas a las normas y los procedimientos divergentes en cuanto a la compra y la entrega de vacunas, que planteaban un reto para el deseo común de aumentar el acceso a la protección contra las enfermedades mortales. Explicó que, a

¹ Véase el informe final de la tercera sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración para más información (documento SPBA3/FR).

pesar de que el Grupo de Trabajo integrado por la OPS y la Alianza GAVI era relativamente nuevo, la cooperación entre la Alianza GAVI y la OPS se remontaba a los comienzos de la Alianza GAVI. Afirmó que los miembros del Grupo de Trabajo habían mantenido un diálogo abierto y que todos habían expresado el deseo de encontrar una solución práctica. Otros asociados también habían hecho aportaciones útiles y habían ofrecido ideas y precedentes para su consideración. Reconoció que muchos estaban esperando oír que se había resuelto el problema: los donantes, los medios de difusión, la industria farmacéutica y, desde luego, los países que estaban esperando recibir vacunas y que, naturalmente, habían empezado a manifestar algún grado de frustración al respecto.

5. Tras la última reunión del Grupo de Trabajo a fines de mayo, se había solicitado a un subgrupo integrado por delegados de la OPS y la Alianza GAVI que considerara un enfoque posible propuesto por la dirección de la OPS, y los abogados de ambas partes acordaron mantener una reunión en la semana del 22 de junio a fin de analizar la propuesta. Manifestó que tenía la esperanza de que los abogados pudieran “hacer su importante trabajo de manera tranquila y rápida” y someter luego a la consideración del grupo más amplio sus opiniones y consideraciones. Agregó que esperaba con interés poder continuar su colaboración con la doctora Gross y otros colegas de la OPS, la OMS, el UNICEF y el Banco Mundial en los próximos meses, no solo para resolver los problemas actuales sino también para fortalecer la cooperación en materia de inmunización en los próximos años.

Ponencia a cargo de Susan McAdams, Directora, Administración fiduciaria multilateral y financiamiento innovador, Programas de donaciones y alianzas mundiales, Banco Mundial

6. La señora McAdams señaló que más de 7 millones de personas morían al año por enfermedades infecciosas, la mayor parte en países pobres. La vacunación podría prevenir la mayoría de estas defunciones pero, lamentablemente, a menudo no se disponía de vacunas donde se las necesitaba. En algunos casos, como la infección por el VIH/sida, dijo “simplemente no hemos podido desentrañar la enfermedad”. El problema principal, sin embargo, era que las condiciones del mercado y las incertidumbres desalentaban que los fabricantes de vacunas realicen grandes inversiones en vacunas para los países en desarrollo. El AMC era una iniciativa concebida para romper el círculo vicioso de la demanda incierta, la oferta limitada y los precios elevados.

7. A pesar de que existía un mercado importante para las vacunas, eran escasos los fabricantes de vacunas que estaban desarrollando e introduciendo vacunas nuevas en cualquier momento dado. Por otro lado, las vacunas tendían a ser introducidas por una empresa a la vez de manera que, al principio, había un monopolio y llevaba años que se pudiera crear un mercado verdadero y que la competencia redujera los precios. Por lo tanto, se retrasaba enormemente el ingreso de las vacunas en el mercado, especialmente

para los países en desarrollo, donde los fabricantes percibían que el riesgo era mayor, al igual que la incertidumbre acerca de la demanda.

8. El AMC había sido concebido para solucionar esta falla del mercado al subsidiar el costo de aumentar la capacidad de producción de los fabricantes y permitirles incrementar producción y así satisfacer las necesidades de los países en desarrollo. La idea básica del AMC era proporcionar seguridad a los fabricantes de que había un mercado para una vacuna necesaria, pero sin distorsionar los incentivos normales de producción. El objetivo era garantizar un compromiso económico por parte de los donantes para subsidiar las compras de vacunas a un precio fijo durante un período determinado; la vacuna debía reunir el perfil especificado del producto (es decir, debía contener los serotipos correctos y satisfacer otros requisitos de acuerdo con lo determinado por la OMS) y debía estar en demanda en países que formasen parte de la Alianza GAVI. La vacuna seleccionada para la prueba piloto del AMC había sido la vacuna antineumocócica, debido a que la neumonía neumocócica causaba más defunciones a nivel mundial que el sida, la tuberculosis o la malaria, incluidas 800.000 defunciones infantiles al año, principalmente en los países más pobres del mundo.

9. El AMC había sido concebido para crear un mercado; no era una garantía de compra. Los donantes estaban de acuerdo en proporcionar un subsidio para financiar un compromiso anticipado de mercado bien definido. Se especificaba el tamaño del subsidio (US\$ 3,50 por dosis en el caso de la vacuna antineumocócica), al igual que el precio de venta (o el tope de precio) de la vacuna proyectada (también US\$ 3,50 por dosis en el caso de la vacuna antineumocócica), y los países beneficiarios proporcionaban un copago (inicialmente de US\$ 0,10 a 0,30 por dosis, según el nivel de ingresos del país, y la Alianza GAVI cofinanciaba el resto de los US\$ 3,50 del precio de venta) a fin de garantizar que la demanda fuera real y no estuviera impulsada por el donante solamente.

10. Los donantes de la prueba piloto del AMC habían estado de acuerdo en destinar un total de US\$ 1.500 millones para financiar el subsidio durante los próximos 20 años y el Banco Mundial había garantizado todos los compromisos de los donantes. La cantidad prometida ayudaría a financiar el costo de inversión para crear la capacidad necesaria y se desembolsaría para cubrir la compra de vacunas a un valor de US\$ 3,50 por dosis. Había también una garantía limitada de compra, equivalente a 45% de la capacidad comprometida de un año, que se les ofrecía a los fabricantes de vacunas a cambio de la producción de una vacuna que reuniera el perfil del producto proyectado y un compromiso de suministro a largo plazo —10 años en el caso de la vacuna antineumocócica— a un precio acordado. La meta de la prueba piloto del AMC era garantizar 2.000 millones de dosis de la vacuna antineumocócica en un período de 10 años a un precio general promedio de US\$ 4,25 por dosis durante el período (a valores de dólar del 2009), lo que representaba US\$ 12,75 para un ciclo de tres dosis de vacunación, en comparación con US\$ 200 en los Estados Unidos.

11. La señora McAdams hizo hincapié en que el propósito del AMC era, en primer lugar y ante todo, crear un mercado. “Todos nos beneficiamos cuando hay un mercado con competencia,” dijo. “Se reducen los precios y permite que podamos satisfacer la demanda y vacunar a todos los niños que lo necesitan.” Agregó que un componente clave del diseño del AMC era promover que al menos un fabricante de un mercado emergente participase en la prueba piloto, puesto que tal participación era vista como fundamental para el éxito a largo plazo de cualquier mercado de vacunas. También subrayó que el AMC era un paquete. No era una licitación de un año, sino que se trataba de un compromiso de 10 a 15 años del Banco Mundial, la Alianza GAVI, los donantes y los proveedores. Fundamentalmente, dijo, se trataba de una cosa a cambio de otra: un acuerdo específico de subsidio a cambio de un compromiso de suministro a 10 años a un precio bajo con un tope máximo.

Ponencia a cargo de Cuauhtémoc Ruiz, Asesor Principal, Inmunización Integral de la Familia, OPS

12. El doctor Ruiz recordó que el Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización para la Compra de Vacunas había sido establecido por la OPS en 1979 como un mecanismo para garantizar el suministro ininterrumpido de vacunas esenciales, jeringas y otros insumos necesarios para el Programa Ampliado de Inmunización (PAI). El Fondo Rotatorio, explicó, se sustentaba en los principios de la equidad, la calidad, el acceso y el panamericanismo; era un mecanismo de cooperación que garantizaba calidad, disponibilidad oportuna, cantidad, precios más bajos y sostenibilidad. Como tal, el Fondo había desempeñado un papel importante al fortalecer y garantizar la sostenibilidad financiera de los programas de vacunación en los países, fortaleciendo también de ese modo los sistemas nacionales de salud. Gracias en gran parte a la protección que brindaba el Fondo, la Región de las Américas había sido la primera región de la OMS en erradicar la poliomielitis y eliminar el sarampión, y estaba en buen camino para lograr la eliminación de rubéola. El Fondo también había contribuido a un aumento notable del uso de vacunas antigripales estacionales en las Américas, especialmente desde el 2000.

13. Un aspecto importante de la cooperación técnica prestada por medio del Fondo era el apoyo a la promulgación de leyes nacionales sobre vacunación y el fortalecimiento de los presupuestos nacionales de vacunación. Los datos más recientes indicaban que 99% del financiamiento de los programas nacionales de vacunación en los países de América Latina y el Caribe provenía de fuentes nacionales.

14. Además de prestar cooperación técnica, el Fondo Rotatorio era un mecanismo centralizado para la compra de vacunas y servía de línea de crédito a disposición de los países para este tipo de compras. El Fondo Rotatorio había crecido en forma sostenida a lo largo de sus 30 años de trayectoria y el número de vacunas ofrecidas había aumentado de 6 en 1979 a 28 en el 2008. El número de países y territorios que realizaban compras por medio del Fondo también había aumentado (de 8 en 1979 a 41 en el 2008) y el valor

monetario de las vacunas adquiridas se había multiplicado por más de cien (de US\$ 2,3 millones a US\$ 271,7 millones). Para el 2012, se calculaba que el Fondo estaría realizando compras de vacunas por un valor de más de US\$ 500 millones.

15. El Fondo ofrecía beneficios tanto para los compradores como para los proveedores. Para los países, garantizaba un suministro oportuno y continuo de vacunas inocuas, de alta calidad y precalificadas por la OMS al precio más bajo posible y permitía la captación acelerada y sostenible de las nuevas vacunas. Para los proveedores, permitía obtener acuerdos de compra a largo plazo con un único comprador, previsiones fiables y una relación transparente, y facilitaba tanto los planes de producción y entrega como la farmacovigilancia posterior a la comercialización.

16. El doctor Ruiz consideraba que el Fondo debía enfrentarse a tres retos principales. Uno era que las vacunas nuevas y más costosas las estaban fabricando proveedores únicos, como en el caso de la vacuna antirrotavírica, la vacuna antineumocócica conjugada heptavalente y la vacuna contra el virus de los papilomas humanos (VPH). El reto residía en que estas vacunas nuevas eran muy costosas. Por ejemplo, el agregado de la vacuna antirrotavírica a los precios existentes de mercado duplicaría los presupuestos de los países destinados a las vacunas, y el agregado de la vacuna antineumocócica heptavalente los septuplicaría. Ante los fondos limitados y las prioridades en pugna, sería difícil que la mayor parte de los países pudieran costear tales aumentos. Por eso se necesitaba un Fondo Rotatorio a fin de garantizar precios bajos. El Fondo negociaba los precios con los proveedores de vacunas mediante una licitación pública competitiva y se establecían contratos de un año para un número aproximado de dosis de una vacuna en particular a un precio acordado. Ese precio era el valor máximo que el Fondo pagaría por esa vacuna durante un plazo de un año. Si el proveedor posteriormente ofrecía la vacuna a un precio inferior, en virtud del contrato con el Fondo también acordaba ofrecer ese precio al Fondo.

17. Otros retos estribaban en la aparición de nuevos actores en el campo de la vacunación, incluida la Alianza GAVI, y el hecho de que los mercados de vacunas estaban funcionando según nuevos modelos, como el AMC. La OPS había colaborado con la Alianza GAVI desde sus comienzos, contribuyendo a su marco técnico y también ayudando a los países de las Américas que formaban parte de ella a preparar las propuestas y a ejecutar el financiamiento recibido de la Alianza GAVI.

18. El doctor Ruiz manifestó confianza de que el Fondo Rotatorio se adaptaría a las nuevas circunstancias y surgiría como un mecanismo de apoyo aun más decidido a todos los países del continente. En su opinión, los altos niveles de pobreza e inequidad que prevalecían en la Región de las Américas hacían que el Fondo Rotatorio fuera imprescindible. Aunque sólo seis de los países de la Región (Bolivia, Cuba, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua) reunían los criterios para obtener financiamiento de la Alianza GAVI (ingreso nacional bruto de menos de US\$ 1.000 per cápita), 122 millones

de personas en América Latina y el Caribe, es decir, 22% de la población de esta subregión, vivía con menos de US\$ 2 por día y 40% de la población no podía costear una canasta familiar básica. Aun en Trinidad y Tabago, el país con el ingreso nacional bruto más alto per cápita de esta subregión, 40% de la población vivía con menos de US\$ 2 por día. En vista de los nuevos retos, afirmó, el Fondo debería mantener sus características clave y permanecer fiel a los principios sobre los que había sido fundado. Un Fondo Rotatorio aun más fuerte continuaría garantizando que la vacunación siguiese siendo un bien público y que los programas de vacunación siguieran siendo la intervención de salud pública más costo-efectiva y socialmente más aceptable.

Preguntas y observaciones formuladas por los participantes en la reunión

19. Los delegados de los Estados Miembros de la OPS expresaron apoyo rotundo al Fondo Rotatorio e hicieron hincapié en la necesidad de protegerlo y preservarlo. “Si nuestra alternativa es defender al Fondo Rotatorio, yo considero que nosotros —los países que estamos dentro de esta línea— debemos defenderlo,” afirmó la señora Nora Orozco Chamorro, Viceministra de Salud de Nicaragua. Los participantes también expresaron su apoyo firme a los principios de la equidad, la solidaridad y el panamericanismo que eran la base del Fondo, que se contemplaba como una manera de garantizar el acceso a vacunas de gran calidad, de acelerar la introducción de las nuevas vacunas y lograr economías de escala que beneficiasen a todos los países de América Latina y el Caribe, independientemente de su tamaño o nivel de ingresos. Varios participantes indicaron que debía alentarse a otras regiones del mundo a que establecieran sus propios fondos rotatorios para la compra de vacunas. El Dr. Ramiro Guerrero, de la Iniciativa de Harvard para la Salud Mundial, acotó que la necesidad de aumentar la producción de las vacunas existentes, que se está abordando con la prueba piloto del AMC, podría abordarse también con fondos rotatorios que, entre otras ventajas, ayudan a organizar y consolidar la proyección de la demanda.

20. Los participantes también apoyaron el enfoque de precio único del Fondo Rotatorio. “En nuestra reunión de directivos del PAI que tuvo lugar en el 2008 en las Bahamas, cuando nos dijeron acerca del precio escalonado para la compra de vacunas... votamos por unanimidad por la continuación del Fondo Rotatorio y rogamos a la OPS que ejerciera presión política para esta continuación,” dijo la doctora Yvonne Monroe del Ministerio de Salud de Jamaica. Algunos participantes expresaron inquietud acerca de la posibilidad de que los países de las Américas que formaban parte de la Alianza GAVI pudieran adquirir vacunas fuera del Fondo Rotatorio a precios inferiores, puesto que opinaron que esto podría ser perjudicial para el Fondo. Se hizo hincapié en que el Fondo Rotatorio tenía una trayectoria comprobada de 30 años, mientras que la Alianza GAVI y el AMC eran relativamente nuevos y, en el caso del AMC, aún no había sido puesto a prueba.

21. Muchos participantes subrayaron la necesidad de tener presente que el fin último de la vacunación era salvar la vida de los niños. La doctora Mirta Roses, Directora de la OSP, señaló que no podían alcanzarse las metas de inmunización ni eliminarse las enfermedades si solo se vacunaba a los niños pobres. La doctora Márcia Bassit, Viceministra de Salud del Brasil, estuvo de acuerdo con este tema. “No debemos perder de vista nuestra meta, que es proporcionar cobertura completa a todos los niños que la necesitan, independientemente de su situación económica,” dijo.

22. Varios participantes comentaron que la reunión brindaba una oportunidad de señalar los elementos más eficaces de los tres mecanismos a fin de forjar una estrategia para garantizar que todos los niños de las Américas y del mundo tuvieran acceso a las vacunas. El señor John Fitzsimmons de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos señaló que, por ejemplo, las enseñanzas extraídas del Fondo Rotatorio en el área de proyección de la demanda podrían resultar útiles para la prueba piloto del AMC. La doctora Esperanza Martínez, Ministra de Salud del Paraguay, observó que la combinación del enfoque fructífero de mercado utilizado por el Fondo Rotatorio (compras centralizadas y a gran escala) con la estrategia del AMC/Alianza GAVI (subsidios a los productores a fin de ayudar a solventar los costos de investigación y desarrollo asociados con la producción de nuevas vacunas) podría ayudar a aumentar la cobertura de la vacunación en todo el mundo y salvar la vida de muchos niños. La doctora Yvonne Monroe del Ministerio de Salud de Jamaica, propuso que los diferentes interesados directos y asociados apoyaran al Fondo Rotatorio para fortalecerlo y permitir a otros países tener acceso a los precios más bajos para la vacuna antineumocócica decavalente conjugada, al tiempo que el subsidio de la Alianza GAVI/AMCse asigna a los países que cumplen con los criterios.

23. Se hicieron varias preguntas acerca de la Alianza GAVI y del AMC. Varios participantes preguntaron cómo los dos mecanismos garantizaban la sostenibilidad al finalizar su apoyo. La doctora Ida Berenice Molina, Jefa del Programa Ampliado de Inmunización de Honduras, manifestó inquietud por lo que podría suceder si Honduras, un país que formaba parte de la Alianza GAVI, introdujera la vacuna antineumocócica, pero luego dejara de reunir los requisitos para recibir apoyo de la Alianza GAVI si su ingreso nacional bruto per cápita aumentara levemente por encima de los US\$ 1.000. Dijo que a los precios actuales, el país no podría seguir adquiriendo la vacuna y su programa de vacunación sufriría una grave pérdida de credibilidad. Ella y otros participantes instaron a la Alianza GAVI a que examinase sus criterios de admisibilidad, teniendo presente que en muchos países de las Américas, aunque el ingreso nacional bruto estuviese por encima de US\$ 1.000, una gran parte de la población seguía por debajo del umbral de pobreza de US\$ 2 por día. La señora Orozco Chamorro de Nicaragua manifestó inquietud acerca de la falta de representación de los países en desarrollo de las Américas en la Junta de la Alianza GAVI.

24. Varios participantes solicitaron información acerca de cómo se había seleccionado la vacuna antineumocócica como la vacuna proyectada para la prueba piloto del AMC, cómo el AMC administraría el suministro de diversos tipos de vacunas antineumocócicas (la vacuna heptavalente disponible en esos momentos, y las vacunas decavalente y tridecavalente que se esperaba que estuviesen disponibles pronto), si se contemplaba algún AMC para otras vacunas y si el objetivo de este AMC era facilitar la introducción de nuevas vacunas o aumentar la producción de las vacunas existentes. El doctor Celsius Waterberg, Ministro de Salud de Suriname, preguntó cuándo podría estar disponible la vacuna contra el virus de los papilomas humanos por intermedio de la Alianza GAVI o del Fondo Rotatorio de la OPS.

25. El señor Palacios de la Alianza GAVI, respondiendo a algunas de las preguntas y observaciones, dijo que el AMC no tenía intenciones de competir o perjudicar al Fondo Rotatorio. El Fondo Rotatorio y el AMC, explicó, “son dos mecanismos que, además de otros, van a funcionar simultáneamente, abordando diferentes clases de cuestiones y problemas. No hay intención de competir ni intención alguna de perjudicar al Fondo Rotatorio. Estamos de acuerdo en que el Fondo Rotatorio ha logrado cosas importantes y puede seguir haciéndolo o quizás incluso lograr cosas aun mayores en los años venideros.”

26. En lo relativo a los criterios para recibir financiamiento de la Alianza GAVI, informó que un grupo de estudio estaba examinando los criterios para determinar los cambios que debieran hacerse, de hacerse alguno. También observó que se mantendrían los compromisos a través de una etapa de transición para asegurar la sostenibilidad entre los países que ya no satisfacían los criterios.

27. Con respecto a la sostenibilidad, dijo que desde el 2008 la introducción de toda vacuna nueva con el apoyo de la Alianza GAVI había ido acompañada de un requisito de cofinanciamiento de los países. Inicialmente, la contribución de los países era reducida, pero aumentaba con el transcurso del tiempo, con el objeto de que los países pudieran sufragar sus propios costos de vacunas con el tiempo.

28. Explicó que la vacuna contra el virus de los papilomas humanos se encontraba entre las vacunas que la Junta de la Alianza GAVI había aprobado para su consideración de apoyo futuro, de acuerdo con la disponibilidad de recursos. Sin embargo, observó que los recursos era finitos y que la Alianza GAVI preveía un déficit de financiamiento de unos US\$ 3.000 millones en los próximos seis a siete años.

29. La señora McAdams declaró además que la finalidad del AMC no era la de competir con el Fondo Rotatorio de la OPS, sino más bien trabajar en paralelo con él. “Si podemos acelerar el suministro de las vacunas antineumocócicas, si podemos reducir las limitaciones de suministro, si podemos pasar con más rapidez a un mercado competitivo

y un precio menor, todos se beneficiarán.” Esa es la “complementariedad clave” entre el AMC y el Fondo Rotatorio, dijo.

30. Acerca de la manera en que se eligió a la vacuna antineumocócica para la prueba piloto, explicó que la idea original del AMC había sido que promoviera y brindara incentivos para la investigación y el desarrollo de una vacuna contra el VIH. Sin embargo, un grupo de expertos independientes había examinado diversas enfermedades que eran candidatas posibles para la prueba piloto, incluida la infección por el VIH/sida, la malaria, la tuberculosis, la enfermedad por rotavirus, la enfermedad neumocócica y la infección por el virus de los papilomas humanos, y se había seleccionado la enfermedad neumocócica porque los miembros del grupo opinaron que acelerar la introducción de esta vacuna tendría la mayor repercusión de salud pública y la más inmediata.

31. La doctora Roses, Directora de la OPS, dijo que la Oficina Sanitaria Panamericana nunca había considerado la relación de la OPS con la Alianza GAVI como una competencia, y que no había sido consciente sino hasta hace poco de que hubiese algún problema en relación con la Alianza GAVI. Por consiguiente, había sido difícil comprender por qué el Delegado de los Estados Unidos había solicitado reiteradamente que los Cuerpos Directivos de la OPS trataran el asunto. Explicó que se había dado cuenta unos ocho meses atrás de que una cláusula en el contrato de compras del Fondo Rotatorio se consideraba un problema dentro de la Alianza GAVI y el AMC. Sin embargo, aunque el Banco Mundial se encontraba a solo dos cuadras de la sede de la OPS, nunca la habían invitado a hablar del Fondo Rotatorio ni se había consultado a la OPS acerca del diseño del AMC.

32. Reiteró que la OPS había tratado de abordar estos asuntos con la Alianza GAVI y de ser lo más abierta y transparente posible. No obstante, a pesar de que la OPS no consideraba su relación con la Alianza GAVI como de competencia, señaló que claramente estaba siendo percibida de esa manera por algunos. Citando un artículo intitulado *Vaccine system hampers African efforts* (un sistema de vacunas obstaculiza los esfuerzos del África), publicado en el *Financial Times* en el día de la reunión,² dijo que “se estaba culpando a los países de las Américas por la falta de progreso en materia de inmunización en el África”, a pesar de que estos países habían contribuido de diferentes maneras, hasta con recursos humanos, para hacer avanzar la vacunación en esa Región.

33. El señor Mark Abdoo, Director de Asuntos Multilaterales, Oficina de Asuntos de Salud Mundial del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, dijo que le complacía oír que la OPS no consideraba estar en competencia con los otros jugadores en la arquitectura mundial en materia de salud y que los otros jugadores

² Jack, Andrew. Vaccine system hampers African efforts. *Financial Times*, 23 June 2009. Se puede consultar la versión en inglés en: http://www.ft.com/cms/s/0/1fef88b8-5f48-11de-93d1-00144feabdc0.html?nclink_check=1. (consulta realizada el 16 de julio del 2009).

tampoco se veían en competencia con la OPS. Explicó que eso era importante puesto que “todos trabajamos en pos de la misma meta. Todos queremos que las vacunas lleguen a los brazos de los niños”. Agregó que todas las regiones del mundo necesitaban ser solidarias a fin de garantizar que los niños tuvieran acceso a las vacunas que traerían mejoras duraderas a su salud. La Región de las Américas era afortunada de tener el Fondo Rotatorio, “que ha funcionado de manera sobresaliente durante algunos años y nos ha ayudado a realizar las mejoras más sostenibles e importantes en materia de salud que ha visto nuestra región” aunque el tema de si el modelo de fondo rotatorio debía aplicarse en otras regiones era “un debate a largo plazo”.

34. El señor Palacios de la Alianza GAVI, en respuesta a las observaciones de la doctora Roses, dijo que estaba de acuerdo en que las consultas entre la Alianza GAVI y la OPS habían sido insuficientes. Agregó que estaban tratando de abordar este tema de diversas maneras, incluso por medio del Grupo de Trabajo de OPS-GAVI. Aunque el Grupo de Trabajo se estaba centrando en esos momentos en un reto específico, dijo que la Alianza GAVI esperaba que se convertiría en un mecanismo importante para la comunicación y consulta constantes.

35. El doctor Ciro de Quadros, Vicepresidente Ejecutivo del Instituto de Vacunas Sabin y Presidente de Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la OPS, dijo que, al igual que la Directora, se sentía un poco desconcertado sobre la razón por la cual se estaba celebrando una reunión especial para tratar el Fondo Rotatorio y el AMC, ya que el AMC tendría una repercusión muy pequeña en las Américas y el Fondo Rotatorio seguiría sirviendo de mucho a la Región.

36. La doctora Roses extendió su agradecimiento a todos los que habían participado en la reunión, en particular los ministros de salud que habían viajado a Washington expresamente para hacerlo. Resumiendo el debate, dijo que le parecía que el valor del Fondo Rotatorio había quedado bien establecido. Señaló que el Fondo se había creado hacía 30 años para abordar el mismo círculo vicioso que el AMC estaba procurando abordar hoy: un suministro insuficiente de vacunas causado por la renuencia de los fabricantes de aumentar la producción porque había demasiado riesgo y demasiada incertidumbre con respecto a la demanda. La relación entre el Fondo Rotatorio y los fabricantes, subrayó, había sido extremadamente positiva. Gracias a la demanda garantizada generada por el Fondo Rotatorio, los fabricantes de vacunas habían podido aumentar la producción e invertir en investigación y desarrollo. Cuando la OMS había solicitado una ampliación de la capacidad de producción para las vacunas contra la gripe pandémica, había sido la región de las Américas la que había permitido que los productores lo hicieran al aumentar la demanda de vacunas para la gripe estacional. El Fondo también había permitido favorecer la aparición de fabricantes en los mercados emergentes, lo que había creado una mayor competencia y, por lo tanto, precios más bajos, pero, lo que es más importante desde una perspectiva de salud pública, había garantizado un suministro sostenido de vacunas necesarias.

37. El tema que había surgido con respecto al AMC y el Fondo Rotatorio se relacionaba específicamente con la vacuna antineumocócica decavalente y, en especial, con una cláusula en el contrato de compras del Fondo que estipulaba que los fabricantes ofrecerían al Fondo el precio más bajo posible para sus vacunas. Este tema, señaló, había surgido en un mercado que era altamente deficiente tanto desde una perspectiva económica como de salud pública, puesto que solo había un productor de la vacuna antineumocócica. Subrayó que ese era el problema y no el Fondo Rotatorio: había una falta de competencia porque había un único proveedor.

38. La Directora reiteró que el problema afectaba solo a la vacuna antineumocócica y que no había problema alguno con las demás vacunas que se obtenían mediante el Fondo Rotatorio. Por consiguiente, el Grupo de Trabajo de la OPS y la Alianza GAVI estaba centrándose en encontrar una solución específica a ese problema puntual. “Situaciones tan excepcionales por supuesto requieren de soluciones también excepcionales” dijo, agregando que había dejado en claro ante el Secretario Ejecutivo de la Alianza GAVI que estaba más que dispuesta a buscar tal solución, pero “sin socavar los principios del Fondo Rotatorio y, sobre todo, sin generar tensiones o diferencias dentro de los países de las Américas”. Con ese fin, había declarado una moratoria de un año en la compra de la vacuna antineumocócica decavalente mediante el Fondo Rotatorio para que pudiera avanzar la prueba piloto del AMC.

39. Desde su perspectiva, expresó que los Estados Miembros de la OPS habían dejado en claro que no veían razón para continuar el debate sobre el Fondo Rotatorio, aunque las deliberaciones dentro del Comité Ejecutivo de la OPS, desde luego, tendrían lugar según lo previsto. Instó a los miembros de Comité Ejecutivo a que reflexionasen antes de esas deliberaciones sobre la forma en que se podría resolver el problema de la vacuna antineumocócica “de tal manera que todos salgan beneficiados”.