



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



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

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

---

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

**INFORME FINAL**

## CONTENIDO

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

**CONTENIDO (cont.)**

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

**Resoluciones y decisiones*****Resoluciones***

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

**Resoluciones** (cont.)

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

**Decisiones**

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

**Anexos**

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

## INFORME FINAL

### Apertura de la sesión

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

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

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

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

### Asuntos relativos al reglamento

#### *Mesa Directiva*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Asuntos relativos a los subcomités**

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

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

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

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

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

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

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

17. El Comité tomó nota del informe.



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

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

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

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

*Creación del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

*Mejoramiento del Reglamento Interno del Consejo Directivo*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



























































































































































































































