



## **156.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO**

*Washington, D.C., EUA, del 22 al 26 de junio del 2015*

---

CE156/FR  
26 de junio del 2015  
Original: inglés

**INFORME FINAL**

---

## ÍNDICE

	<i>Página</i>
<b>Apertura de la sesión .....</b>	<b>6</b>
<b>Asuntos relativos al reglamento</b>	
Establecimiento de la Mesa Directiva.....	7
Adopción del orden del día y del programa de reuniones .....	7
Representación del Comité Ejecutivo en el 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas .....	8
Orden del día provisional del 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas .....	8
<b>Asuntos relativos al Comité</b>	
Informe de la novena sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración .....	9
Premio OPS en Administración (2015) .....	9
Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS .....	10
Informe anual de la Oficina de Ética (2014).....	12
Informe del Comité de Auditoría de la OPS .....	13
Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS .....	15
<b>Asuntos relativos a la política de los programas</b>	
Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017 .....	16
Reforma de la OMS .....	21
Plan de acción sobre inmunización.....	24
Estrategia y plan de acción sobre demencias y otros trastornos discapacitantes en las personas mayores .....	27
Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer .....	30
Plan de acción sobre la salud de los trabajadores .....	32
Plan de acción para la prevención y control de la tuberculosis .....	34
Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos.....	36
Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales .....	38
Estrategia sobre legislación relacionada con la salud .....	42
<b>Asuntos administrativos y financieros</b>	
Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas.....	43
Informe financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2014 .....	44
Propuesta para el uso del saldo del excedente presupuestario y del excedente de la implementación de las IPSAS .....	49
Programación del excedente de los ingresos .....	50

**ÍNDICE (cont.)***Página***Asuntos administrativos y financieros (cont.)**

Seguro de enfermedad tras la separación del servicio .....	50
Informe sobre el Fondo Maestro de Inversiones de Capital y la nueva evaluación de los proyectos relativos a los bienes inmuebles incluidos en el Plan Maestro de Inversiones de Capital .....	51
Situación de los proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial de la OPS .....	53
Informe sobre la Estrategia de tecnología de la información de la Oficina Sanitaria Panamericana .....	53
Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación .....	54
Actualización sobre el nombramiento del Auditor Externo de la OPS para el bienio 2016-2017 .....	55
Modificaciones del Reglamento Financiero y la Reglas Financieras de la OPS .....	56

**Asuntos relativos al personal**

Modificaciones del Estatuto y el Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana .....	56
Informe sobre la elaboración de la Estrategia de recursos humanos de la Oficina Sanitaria Panamericana: una estrategia para el personal .....	57
Estadísticas con respecto a la dotación de personal de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	59
Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS.....	60

**Asuntos de información general**

Proyecto de presupuesto por programas 2016-2017 de la OMS.....	61
Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015: informe final .....	63
Evaluación del Plan de acción para la ejecución de la política en materia de igualdad de género y líneas estratégicas de acción propuestas .....	64
Situación de la modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana (PMIS).....	65
Informe sobre la transmisión del virus del chikunguña y su repercusión en la Región de las Américas .....	67
El Reglamento Sanitario Internacional y la enfermedad por el virus del Ébola.....	68
Informes de progreso sobre asuntos técnicos:	
A. Aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco .....	70
B. Propuesta de plan regional decenal sobre salud bucodental para las Américas .....	70
C. Plan de acción sobre la seguridad vial .....	71
D. Prevención y control del dengue en las Américas .....	71
E. La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica.....	72

**ÍNDICE** (cont.)

Página

**Asuntos de información general** (cont.)

Informes de progreso sobre asuntos técnicos (cont.):

F. Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud.....72

G. Situación de los centros panamericanos .....73

Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS:

A. 68.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud .....73

B. Organizaciones subregionales.....73

**Clausura de la sesión** .....75**Resoluciones y decisiones****Resoluciones**

CE156.R1 Recaudación de las contribuciones señaladas .....75

CE156.R2 Plan de acción para la prevención y el control de la tuberculosis .....76

CE156.R3 Plan de acción sobre la salud de los trabajadores.....78

CE154.R4 Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos .....81

CE154.R5 Nombramiento de un miembro para integrar e Comité de Auditoría de la OPS .....84

CE156.R6 Estrategia y Plan de Acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer .....85

CE156.R7 Transferencia de fondos de la cuenta especial al Fondo Maestro de Inversiones de Capital .....87

CE156.R8 Uso del saldo del excedente presupuestario y del excedente de la implementación de las IPSAS.....88

CE154.R9 Modificaciones del Reglamento Financiero.....89

CE156.R10 Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales.....90

CE156.R11 Estrategia sobre legislación relacionada con la salud .....94

CE156.R12 Premio OPS en Administración (2015).....96

CE156.R13 Modificaciones del Estatuto y el Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana.....97

CE156.R14 Plan de acción sobre inmunización .....98

CE156.R15 Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la Organización Panamericana de la Salud.....100

CE156.R16 Orden del Día Provisional del 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas .....101

CE154.R17 Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2016 2017 .....102

**ÍNDICE** (cont.)

*Página*

***Decisiones***

CE156(D1)	Adopción del orden del día .....	105
CE156(D2)	Representación del Comité Ejecutivo en el 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.....	105
CE156(D3)	Programación del excedente de ingresos.....	106

**Anexos**

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

## INFORME FINAL

### Apertura de la sesión

1. El Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) celebró su 156.<sup>a</sup> sesión en la sede de la Organización en Washington, D.C., del 22 al 26 de junio del 2015. En esta sesión se contó con la presencia de los delegados de los siguientes nueve Miembros del Comité Ejecutivo elegidos por el Consejo Directivo: Bahamas, Canadá, Costa Rica, Ecuador, Estados Unidos de América, Guatemala, Jamaica, Paraguay, y Trinidad y Tabago. Además estuvieron presentes en calidad de observadores los delegados de los siguientes Estados Miembros, Estados Participantes y Estados Observadores: Barbados, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, El Salvador, España, Francia, México, Perú, Santa Lucía, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de). Además, estuvieron representadas una organización intergubernamental y ocho organizaciones no gubernamentales.
2. El doctor Antonio Barrios (Paraguay, Presidente del Comité Ejecutivo) inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes.
3. La doctora Carissa Etienne (Directora, Oficina Sanitaria Panamericana [OSP u Oficina]), al dar la bienvenida también a los participantes, destacó varios de los éxitos logrados desde el 53.<sup>o</sup> Consejo Directivo en octubre del 2014, incluida la declaración formal de la Región como libre de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita. La Región también había organizado con éxito la respuesta a la amenaza de un posible brote de la enfermedad por el virus del Ébola en el continente americano. La Oficina había asumido un papel de liderazgo proactivo en la elaboración y ejecución de un marco para fortalecer los preparativos nacionales y, en colaboración con diversos asociados, había organizado 25 misiones de expertos a fin de ayudar a los países de América Latina y el Caribe a prepararse ante la posible introducción del virus, que afortunadamente no había ocurrido. También había establecido una reserva regional de equipos de protección personal y había organizado talleres sobre la comunicación de riesgos y otros temas. Sin embargo, quedaba trabajo por delante para tener la certeza de que la Región estaba plenamente preparada para hacer frente a las posibles emergencias de salud y para subsanar las brechas en cuanto a la capacidad de los países de cumplir las funciones esenciales de salud pública y satisfacer los requisitos del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Los esfuerzos encaminados a lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud también debían seguir adelante.
4. La Directora señaló que el Comité trataría estrategias y planes de acción sobre varios temas técnicos importantes. También consideraría el programa y el presupuesto para el bienio 2016-2017 y examinaría algunos asuntos clave de tipo financiero, administrativo y de personal. Las deliberaciones del Comité eran fundamentales para el buen gobierno de la Organización y sentarían las bases para un Consejo Directivo productivo y exitoso en septiembre. Manifestó su gratitud por anticipado a los Miembros del Comité por su compromiso y arduo trabajo durante la sesión.

## Asuntos relativos al reglamento

### *Establecimiento de la Mesa Directiva*

5. Los siguientes Miembros elegidos para constituir la Mesa Directiva en la 155.<sup>a</sup> sesión del Comité siguieron desempeñando sus respectivos cargos en la 156.<sup>a</sup> sesión:

<i>Presidencia:</i>	Paraguay	(Dr. Antonio Barrios)
<i>Vicepresidencia:</i>	Costa Rica	(Dra. María Esther Anchía)
<i>Relatoría:</i>	Trinidad y Tabago	(Sra. Lydia Jacobs)

6. La Directora fue la Secretaria *ex officio* y la doctora Isabella Danel (Directora Adjunta, OSP) actuó como Secretaria Técnica.

### *Adopción del orden del día y del programa de reuniones (documentos CE156/1, Rev. 3, y CE156/WP/1)*

7. La Directora, al presentar el orden del día provisional que figuraba en el documento CE156/1, Rev. 1, recordó que el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración había solicitado que se revisara el orden del día propuesto para el Comité en su 156.<sup>a</sup> sesión con miras a reducir el número de puntos y, de ese modo, asegurar que hubiera tiempo suficiente para el debate. En consecuencia, el 25 de marzo del 2015 la Directora había enviado una carta a los Miembros del Comité Ejecutivo en la que proponía que la consideración de los puntos sobre la resistencia a los antimicrobianos, el uso racional de los medicamentos esenciales y otras tecnologías de salud, el fortalecimiento de las políticas de salud pública entre fronteras, el examen de las resoluciones de la OPS aprobadas desde el año 1999 hasta el 2013, y la respuesta del sector de la salud a los objetivos de desarrollo sostenible después del 2015 fueran aplazados hasta el 2016.

8. La Directora también había propuesto que los temas sobre la enfermedad por el virus del Ébola y el Reglamento Sanitario Internacional (2005) se combinaran en un único punto. Los Miembros de Comité Ejecutivo habían aceptado la propuesta y la postergación de todos los temas antedichos excepto el plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos, que se consideró que era de suma importancia en la Región y, por consiguiente, se había conservado ese punto. Como el documento de la OMS denominado *Estrategia mundial sobre recursos humanos para la salud: personal sanitario para 2030* (punto 7.2 del orden del día provisional) todavía no estaba disponible, se recomendó que se lo eliminara del orden del día del Comité y que el debate sobre la estrategia mundial se aplazara hasta el 54.<sup>o</sup> Consejo Directivo en septiembre del 2015.

9. El Comité adoptó el orden del día provisional en su forma modificada según figura en el documento CE156/1, Rev. 3 (decisión CE156[D1]); el Comité además adoptó un programa de reuniones (documento CE156/WP/1).

***Representación del Comité Ejecutivo en el 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE156/2)***

10. De conformidad con el Artículo 54 del Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo nombró a Paraguay y Costa Rica, quienes ocupaban la Presidencia y la Vicepresidencia respectivamente, para representar al Comité en el 54.º Consejo Directivo, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Ecuador y Jamaica fueron elegidos como representantes suplentes (decisión CE156[D2]).

***Orden del día provisional del 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE156/3, Rev. 1)***

11. La señora Piedad Huerta (Asesora Principal, Oficina de Cuerpos Directivos, OSP), al introducir el orden del día provisional del 54.º Consejo Directivo, 67.ª sesión del Comité Regional de OMS para las Américas (documento CE156/3, Rev. 1), recordó que el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración en su novena sesión había solicitado a la Oficina que se esforzara por preparar un orden del día de una extensión manejable para el 54.º Consejo Directivo. En consecuencia, la Oficina sugirió que algunos de los temas examinados por el Comité Ejecutivo no se remitiesen al Consejo Directivo para su consideración; en su lugar, se informaría sobre esos temas como parte del informe que el Presidente del Comité Ejecutivo presentaría al Consejo. Esos puntos eran: la programación del excedente de los ingresos, el seguro de enfermedad tras la separación del servicio, el informe sobre el Fondo Maestro de Inversiones de Capital y la nueva evaluación de los proyectos relativos a los bienes inmuebles incluidos en el Plan Maestro de Inversiones de Capital, la situación de los proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial de la OPS, el informe sobre la estrategia de tecnología de la información de la Oficina Sanitaria Panamericana, la situación del Sistema de Información Gerencial de la OSP, el proyecto de presupuesto por programas de la OMS 2016-2017 y todos los asuntos relativos al personal.

12. Además, la señora Huerta explicó que el punto sobre el Premio OPS en Administración 2015 se eliminaría del orden del día dado que el Jurado había recomendado que el premio no se confiriera en el 2015 (véanse los párrafos 16 a 18 más adelante). Se agregaría un punto a fin de tratar la revisión de las contribuciones de los Estados Miembros de la OPS sobre la base de la escala de cuotas adoptada por la Organización de los Estados Americanos en el 2015 (véase el párrafo 68 más adelante) y el título del punto 4.4 del orden del día, sobre las demencias en las personas mayores, se modificaría para reflejar la decisión del Comité en ese sentido (véanse los párrafos 93 a 102 más adelante).

13. El Comité estuvo de acuerdo con los cambios propuestos y adoptó el orden del día provisional, en su forma modificada (resolución CE156.R16).



**Asuntos relativos al Comité*****Informe de la novena sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración (documento CE156/4)***

14. La señora Natalie St. Lawrence (Canadá, Presidenta del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración había celebrado su novena sesión del 19 al 21 de marzo del 2015. El Subcomité había tratado varios asuntos financieros, administrativos y de programa de importancia, incluido el anteproyecto del programa y presupuesto de la OPS para el bienio 2016-2017, los proyectos relativos a los bienes inmuebles planificados en el Plan Maestro de Inversiones de Capital, el proyecto de modernización del Sistema de Información Gerencial de la OSP y los proyectos de estrategias de la Organización en cuanto a la tecnología de la información y los recursos humanos. El Subcomité también había tratado la reforma de la OMS y había recomendado un candidato para reemplazar a un miembro saliente del Comité de Auditoría. La Presidenta observó que, como todos los asuntos tratados por el Subcomité eran parte también del orden del día del Comité Ejecutivo, informaría sobre ellos a medida que fueran considerados por el Comité.

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

***Premio OPS en Administración (2015) (documentos CE156/5 y Add. I)***

16. El señor Carlos Andrés Emanuele Ortíz (Ecuador) informó que el Jurado para el Premio OPS en Administración correspondiente al 2015, integrado por los delegados de Canadá, Ecuador y Paraguay, se había reunido el día 23 de junio para analizar el premio y había examinado las calificaciones del único candidato propuesto por los Estados Miembros, el doctor Merlin Fernández Rápalo, de Honduras. De conformidad con el artículo 10 de los procedimientos para conferir este premio, el Jurado propuso dejar pendiente la candidatura del doctor Rápalo, a fin de que fuera reexaminada junto con la de aquellos candidatos que se presentasen en el 2016. El Jurado también propuso que se modificasen las directrices y los criterios generales para adjudicar el premio a fin de aumentar su importancia y alentar a los Estados Miembros a que presentaran candidatos.

17. En respuesta a una pregunta, el delegado confirmó que la candidatura del doctor Rápalo cumplía los requisitos para el premio y agregó que el Jurado había considerado preferible que hubiera más de un candidato. En respuesta a otra pregunta sobre lo que sucedería si había un único candidato en los años venideros, explicó que la intención de la propuesta del Jurado de que se examinasen los criterios para otorgar el premio era precisamente evitar tal situación al alentar a los Estados Miembros a que propusieran candidatos.

18. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE156.R12, en la que se manifestó de acuerdo en no conferir el Premio OPS en Administración en el 2015 y en considerar la candidatura del doctor Rápalo en el 2016 junto con las demás candidaturas que se recibiesen.

***Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS (documento CE156/6)***

19. La señora Natalie St. Lawrence (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que, de conformidad con el procedimiento descrito en los *Principios que rigen las relaciones entre la Organización Panamericana de la Salud y las organizaciones no gubernamentales*, el Subcomité había celebrado una reunión a puerta cerrada en ocasión de su novena sesión para analizar la situación de dos ONG que mantenían relaciones oficiales con la OPS y considerar la solicitud de otras dos ONG que deseaban entablar relaciones oficiales con la Organización. El Subcomité había decidido recomendar que el Comité Ejecutivo mantuviera las relaciones oficiales entre la OPS y la Fundación Interamericana del Corazón y el Instituto de Vacunas Sabin por un período de cuatro años, y que aceptara que la Alianza para el Convenio Marco entablara relaciones oficiales con la OPS, también por un período de cuatro años.

20. Con respecto a la solicitud de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión de entablar relaciones oficiales con la OPS, el Subcomité había solicitado información financiera adicional sobre la organización y que la Oficina evaluase si el empleo por parte de la Sociedad de un secretario proporcionado por una empresa privada podría crear algún conflicto de intereses. El Subcomité también había recomendado que se emprendieran varias actividades conjuntas con las cuatro organizaciones y había solicitado a las unidades técnicas pertinentes que incorporasen esas actividades en los respectivos planes de trabajo colaborativos para los siguientes cuatro años.

21. El señor Alberto Kleiman (Director, Departamento de Relaciones Externas, Movilización de Recursos y Asociaciones, OSP) explicó que se había informado a las cuatro ONG acerca de las recomendaciones del Subcomité en cuanto a las actividades conjuntas. El Departamento de Relaciones Externas, en colaboración con la oficina técnica pertinente, había solicitado a la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH) que presentase un plan de trabajo ajustado, los estados financieros y una explicación de su relación con la empresa privada que manejaba su administración. SLANH había proporcionado toda la información solicitada, que había sido proporcionada a los Miembros del Comité Ejecutivo. La Oficina había examinado todo el material proporcionado por SLANH, incluido su contrato con Congrex, una empresa de organización de eventos que se ocupaba de la administración de la asociación. SLANH había contratado a Congrex para organizar sus principales reuniones y para manejar la mayor parte de su administración y logística. Había tomado ese camino en lugar de tener empleados pagos propios. Después de examinar la documentación y las explicaciones presentadas por SLANH, la Oficina recomendó que se la aceptara en relaciones oficiales con la OPS.

22. En el debate subsiguiente, los delegados afirmaron que la información adicional presentada aliviaría en gran medida las dudas manifestadas en la sesión del Subcomité. Se plantearon diversas consideraciones acerca de la cooperación entre la OPS, las ONG y el sector industrial, y se llegó a la conclusión de que tal cooperación sería aceptable siempre que estuviera claro que la relación era exclusivamente en torno a ciertas

actividades específicas. Se subrayó la importancia de velar por la transparencia en tales relaciones.

23. Un representante del Instituto de Vacunas Sabin destacó la importancia del liderazgo y el apoyo continuo por parte de la OPS del *Plan de acción mundial sobre vacunas*, que representaba uno de los enfoques más prometedores para subsanar las brechas de inmunización. Dado que el riesgo de importación de enfermedades era una amenaza para el éxito logrado contra el sarampión y la rubéola, instó a los Estados Miembros a que se esforzaran por alcanzar el 90% de cobertura de vacunación en todos los distritos. Al agradecer a la OPS por el apoyo que había brindado al control y la eliminación de las enfermedades tropicales desatendidas, sugirió que los Estados Miembros solicitasen que se incluyese un indicador sobre estas enfermedades en los objetivos de desarrollo sostenible propuestos para después del 2015.

24. Un representante de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS) dijo que algunos determinantes de la salud como el agua y el saneamiento eran aspectos importantes de la cobertura universal de salud. No obstante, millones de personas en la Región de las Américas todavía no tenían acceso al agua potable y a los servicios de saneamiento y, especialmente en las zonas urbanas, estaban expuestas a niveles altos de contaminación del aire. AIDIS estaba lista para apoyar a la OPS de toda manera posible a fin de combatir esos posibles riesgos para la salud.

25. Un representante de la Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas (ALIFAR) describió la labor de su asociación, llevada a cabo en numerosos foros internacionales, y manifestó que esperaba contar con la cooperación continua de la OPS.

26. El señor Kleiman garantizó al Comité que la Oficina se esforzaba continuamente por mejorar la transparencia de las relaciones de la OPS con las ONG y otros agentes no estatales. Los aportes de los Estados Miembros eran muy importantes en ese sentido.

27. El doctor Pedro Ordúñez (Asesor en Enfermedades No Transmisibles, OSP) señaló que los congresos médicos con frecuencia contaban con participación del sector industrial. La participación de la OPS en tales eventos se financiaba exclusivamente a partir de sus propios recursos y se limitaba a promover la causa sobre temas que estaban dentro de su mandato, como la prevención de la enfermedad renal crónica.

28. La Directora agradeció a las ONG que mantenían relaciones oficiales con la OPS y señaló que se habían llevado adelante planes de trabajo conjunto muy importantes con muchas de ellas. Explicó que el debate que estaba teniendo lugar en la OMS sobre la colaboración con agentes no estatales podría tener relevancia para la OPS y su interacción con las ONG con las cuales tenía relaciones oficiales.

29. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE156.R15 por medio de la cual renovó las relaciones oficiales entre la OPS y la Fundación Interamericana del Corazón y entre la OPS y el Instituto de Vacunas Sabin por un período de cuatro años, y admitió en

relaciones oficiales a la Alianza para el Convenio Marco y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión, también por un período de cuatro años.

***Informe anual de la Oficina de Ética (2014) (documento CE156/7)***

30. El señor Philip MacMillan (Gerente, Oficina de Ética, OSP) presentó un panorama de las actividades de la Oficina de Ética durante el 2014 con respecto a cuatro áreas clave: asesoramiento y orientación a los miembros del personal de la OPS en cuestiones éticas, los informes recibidos acerca de preocupaciones de posible índole ética, casos de fraude y robo o pérdida de propiedad o recursos de la OPS, y nuevas iniciativas puestas en marcha a fin de reducir el riesgo de conflictos de intereses. La Oficina de Ética había respondido a 65 consultas del personal, que generalmente habían tenido que ver con cuestiones generales relativas al lugar de trabajo, el empleo externo, la participación en juntas y comités, los obsequios y el empleo de familiares. Se podían encontrar mayores detalles acerca de los casos individuales en el documento CE156/7.

31. La Oficina había recibido 54 informes acerca de comportamientos que despertaban posibles inquietudes de índole ética. La mayor parte de los casos estaban relacionados con cuestiones generales del lugar de trabajo; se había notificado un solo caso de fraude o corrupción. Después de la investigación de la Oficina de Ética, dos funcionarios habían sido despedidos de la Organización como consecuencia de faltas de conducta graves. La Oficina había recibido varias quejas formales de acoso, así como varios informes acerca de conflictos interpersonales en el lugar de trabajo. En vista del número de inquietudes presentadas sobre el lugar de trabajo, se estaba preparando una campaña sobre el “respeto en el lugar de trabajo”, con el propósito de impartir capacitación y concientizar acerca de la comunicación respetuosa y la cortesía.

32. En el 2014, la Oficina de Ética había recibido 24 informes con respecto a fraude, robo o pérdida de los recursos de la OPS o uso fraudulento de las tarjetas de crédito de la OPS. Las pérdidas totales en este rubro habían ascendido a \$10.800,<sup>1</sup> que era la suma más baja desde que la Oficina de Ética había empezado a mantener registros en el 2008 y estaba acorde con este tipo de pérdidas en otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas. La Oficina de Ética, con la colaboración de otras oficinas de la OSP, analizaría las estrategias y los mecanismos adicionales que podrían aplicarse para que la Organización tuviera un programa eficaz de gestión de riesgos.

33. Con respecto a las nuevas iniciativas y los planes futuros, la Oficina de Ética había emitido una serie de folletos informativos sobre los conflictos de intereses, el empleo y las actividades externas, y los obsequios y la hospitalidad, a fin de que el personal estuviera más consciente de estos temas. También había puesto en marcha un nuevo programa de notificación de conflictos de intereses, que se había aplicado primero a los miembros del personal superior y se extendería a otras categorías del personal en el 2015. Habida cuenta de la obligación del personal de denunciar presuntos actos indebidos

---

<sup>1</sup> A menos que se indique otra cosa, todas las cifras monetarias en este informe se encuentran en dólares de los Estados Unidos.

y cooperar en las investigaciones y las auditorías, y de la importancia de proteger a quienes denunciaban irregularidades, la Oficina de Ética impartiría un programa de capacitación específicamente adaptado para gerentes, con el objeto de asegurar que los gerentes pudieran reconocer que las personas debían poder manifestar sus inquietudes y quejas sin temor a represalias.

34. En el debate que siguió, una delegada elogió el valioso trabajo de la Oficina de Ética al establecer una cultura sumamente ética dentro de la OPS. Su delegación apreciaba que la Oficina continuara poniendo en marcha nuevas iniciativas como se describía en el documento y sugirió que una estrecha colaboración con la nueva Oficina de Ética de la OMS podría garantizar la convergencia en la importante área de la ética. La OPS tenía un excelente historial que debía reconocerse y aprovecharse en la OMS.

35. El señor MacMillan agradeció esas observaciones y reconoció que todavía había mucho por hacer.

36. La Directora dijo que el personal directivo superior había reconocido que en toda la Organización había dificultades con respecto a la resolución de conflictos. La alta proporción de informes anónimos a la Oficina de Ética indicaba que el personal se sentía incapaz de hablar directamente con sus supervisores. El programa de capacitación mencionado por el señor MacMillan tenía el propósito de ayudar a los gerentes a que comprendieran cómo tratar los conflictos en el lugar de trabajo y cómo evitar generar conflictos ellos mismos. Agregó que la Oficina compartía de hecho sus experiencias con la OMS, a pesar de que seguía buscando mejoras en su propio programa de ética. La predisposición de la OMS para aprender de su oficina regional era muy alentadora.

37. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

***Informe del Comité de Auditoría de la OPS (documento CE156/8)***

38. La señora Amalia Lo Faso (Miembro del Comité de Auditoría) presentó el informe del Comité de Auditoría y señaló que abarcaba 12 temas principales y que indicaba la opinión del Comité de Auditoría sobre la auditoría externa, la auditoría interna, la evaluación, los controles internos y la gestión de riesgos, los estados financieros correspondientes al 2014 y el informe conexo, el proyecto Mais Médicos, el Sistema de Información Gerencial de la OSP (PMIS), las cuestiones de ética y fraude, y la seguridad de los edificios. En este informe también se describían las áreas en las que el Comité de Auditoría tenía la intención de concentrar su atención en el 2015 y los resultados de la tercera autoevaluación realizada por el Comité de Auditoría sobre sus actividades.

39. En todas las áreas examinadas, el Comité de Auditoría consideraba que las actividades se estaban llevando a cabo correctamente o estaban mejorando. Su opinión más detallada podía encontrarse en el informe, documento CE156/8. El Comité de Auditoría había propuesto 10 recomendaciones para mejorar diversos aspectos, también incluidas en el informe.

40. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el informe. Un delegado preguntó qué mecanismos se habían implantado o se implantarían para el seguimiento de las recomendaciones, en especial las recomendaciones 6, 7 y 8 en relación con Mais Médicos. Una delegada solicitó más detalles sobre la manera en que se habían priorizado las recomendaciones. Pidió que los Estados Miembros fueran informados acerca del progreso de la recomendación 1 relativa a la elaboración de una política y marco de control internos. Otra delegada compartió las inquietudes manifestadas por el Comité de Auditoría en cuanto a los elevados costos calculados para abordar los puntos vulnerables relativos a la seguridad de los edificios. Su delegación consideraba importante que la Oficina estableciera una fuente sostenible de financiamiento de las principales necesidades de capital. En referencia a la recomendación 3, pidió información sobre la identidad del nuevo funcionario de evaluación y en relación con la recomendación 10 dijo que deseaba saber cómo funcionaría en la práctica el cargo de ocupación de puestos.

41. La Delegada de Brasil dijo que muchas de las recomendaciones formuladas con respecto al proyecto Mais Médicos ya se estaban poniendo en práctica. Por ejemplo, el Gobierno de Brasil ya había adoptado medidas para asegurar que hubiera un número suficiente de médicos brasileños para mantener los logros alcanzados por el proyecto tras el regreso a Cuba de los médicos cubanos. En efecto, no había médicos cubanos formando parte activa de Mais Médicos en ese momento, solo brasileños. Con respecto a la supervisión de los médicos, ya se había establecido un sistema y los resultados se informarían a la OPS. Su delegación podría gustosamente proporcionar al Comité Ejecutivo más detalles sobre el proyecto, que no solo era un emprendimiento de cooperación técnica, sino algo mucho más importante.

42. La señora Lo Faso explicó que la aplicación de las recomendaciones se trataba en cada reunión del Comité de Auditoría y afirmó que la Organización realmente tomaba las recomendaciones con mucha seriedad. Con respecto a las observaciones de la Delegada de Brasil, aclaró que las recomendaciones del Comité de Auditoría solo se relacionaban con la porción del proyecto que era responsabilidad de la Oficina. El Comité de Auditoría no había tenido intención de formular observaciones sobre las responsabilidades del gobierno brasileño.

43. El señor Gerald Anderson (Director de Administración, OSP) dijo que la Oficina tenía mecanismos para el seguimiento de las recomendaciones similares a los implantados por los tres cuerpos de supervisión. Además, se realizaban exámenes dos veces al año, que incluían a la Gerencia Ejecutiva y a los gerentes de nivel superior de las áreas administrativas, quienes examinaban una lista de todas las recomendaciones pendientes de las auditorías de los tres cuerpos de supervisión y el estado actual de su aplicación. La Gerencia Ejecutiva examinaba los informes de cada cuerpo de supervisión en consulta con el cuerpo en cuestión y formulaba sugerencias en cuanto al cierre de las recomendaciones donde se consideraba que se habían tomado todas las medidas correspondientes. La Gerencia Ejecutiva daba una alta prioridad a las recomendaciones del Comité de Auditoría y siempre proporcionaba a ese Comité información sobre las

medidas tomadas con respecto a cada una de sus recomendaciones en preparación para sus visitas a la Organización.

44. La Oficina tenía un conjunto de listas de verificación y mecanismos de seguimiento desde hacía muchos años, y también se incluía información sobre los controles internos en el Informe Financiero del Director. Sin embargo, la Oficina estaba ahora realizando un ejercicio para unificar todos sus mecanismos actuales en un único documento, en consonancia con el modelo que había adoptado la OMS, a fin de poder presentar información sobre los controles internos a los Estados Miembros de una manera más concisa.

45. En cuanto al proyecto Mais Médicos, a pesar de que su sostenibilidad a largo plazo era responsabilidad de las autoridades brasileñas, la Oficina sí examinaba la información recibida de la Representación en Brasil con respecto a los médicos brasileños que se habían incorporado al programa como parte del plan de Brasil para seguir prestando servicios de atención primaria de salud después de la partida de los médicos cubanos.

46. Con respecto al financiamiento para abordar los puntos vulnerables de los edificios propiedad de la OPS, observó que el Comité Ejecutivo consideraría una recomendación para destinar una porción del excedente de los ingresos para reponer el Fondo Maestro de Inversiones de Capital (véanse los párrafos 191 a 198 más adelante). Además, en los preparativos para el bienio 2016-2017, la Oficina tenía planificado poner en marcha una de las recomendaciones del Comité de Auditoría sobre el uso de un cargo de ocupación de puestos como una fuente exclusiva para reponer el Fondo a fin de garantizar que pudieran solucionarse los puntos vulnerables más urgentes con respecto a la seguridad.

47. La Directora dijo que estaba claro que la Organización tenía que desarrollar aún más su cultura de evaluación y establecer las competencias necesarias para realizar evaluaciones, extraer conclusiones y usarlas de insumo en la planificación y ejecución de los programas. Con la implementación del PMIS, la Oficina también debía poder lograr cambios de la cultura y el comportamiento. Se había contratado a un especialista en gestión del cambio, pero modificar una cultura institucional llevaba tiempo. Incluso más allá de la implementación del PMIS sería necesario continuar con la gestión del cambio y fortalecerla, y que el personal de la Oficina pudiera ver que el proyecto del PMIS no solo había automatizado lo que hasta ese momento se había hecho manualmente, sino que estaba cambiando radicalmente los procesos.

48. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

***Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS (documento CE156/9)***

49. La señora Natalie St. Lawrence (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) explicó que se había informado al Subcomité que el

mandato de un miembro del Comité de Auditoría terminaría en junio del 2015 y, por consiguiente, se había establecido un grupo de trabajo integrado por Argentina, Estados Unidos y Santa Lucía para examinar la lista de candidatos propuestos por la Directora. El grupo de trabajo había evaluado a los tres candidatos sobre la base de los criterios establecidos en los Términos de Referencia del Comité de Auditoría y había decidido recomendar que el titular, el señor John Fox, fuera nombrado nuevamente. Refrendando la recomendación del grupo de trabajo, el Subcomité había recomendado que el Comité Ejecutivo nombrara al señor Fox para desempeñarse como miembro del Comité de Auditoría de la OPS durante un mandato de tres años.

50. La doctora Heidi Jiménez (Asesora Jurídica, OSP) agregó que se había distribuido a los Miembros del Comité Ejecutivo una descripción confidencial de las calificaciones de los candidatos que se estaban considerando. En respuesta a la pregunta de una delegada con respecto a la frecuencia con la que se actualizaba la lista de candidatos, recordó que el Comité Ejecutivo había recomendado anteriormente que la lista se actualizase regularmente. La última actualización se había hecho en el 2014, momento en el que se la había ampliado a aproximadamente 100 nombres en previsión de la 154.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo. Los candidatos propuestos para el nombramiento en el 2014 se habían extraído de esa lista. Dado que había habido una vacante inesperada en el 2013, el mandato del señor Fox había sido más corto de lo normal, requiriendo otro nombramiento un año después y la misma lista de candidatos se habían usado. Sin embargo, la Oficina actualizaría la lista nuevamente después del próximo Consejo Directivo y de manera anual de ahí en más.

51. La Directora expresó su agradecimiento por la buena disposición de los miembros del Comité de Auditoría de prestar servicios de manera voluntaria.

52. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE156.R5, por medio de la cual nombró al señor John Fox para integrar el Comité de Auditoría por un período de tres años, de junio del 2015 a junio del 2018.

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

#### ***Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017 (documentos CE156/10, Rev. I, Add. I y Add. II)***

53. La señora Natalie St. Lawrence (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había examinado el anteproyecto del programa y presupuesto para el bienio 2016-2017, había manifestado apoyo al método integrado propuesto de presupuestación y había recibido con agrado los esfuerzos de la Oficina para hacer converger el enfoque de presupuestación de la OPS más estrechamente con el de la OMS. Sin embargo, se habían manifestado algunas inquietudes con respecto a la predictibilidad y la disponibilidad oportuna de algunas fuentes de financiamiento. Algunos delegados habían opinado que podría ser preferible aprobar cantidades específicas a ser financiadas de las contribuciones señaladas para cada categoría de trabajo, en lugar de aprobar una suma global. Se había sugerido que el



proyecto que se presentase al Comité Ejecutivo incluyese información sobre las fuentes de financiamiento de cada categoría de trabajo. Se había apoyado un presupuesto que contemplase un crecimiento nominal cero, sin aumento de las contribuciones señaladas, y se había solicitado que se garantice que no se pediría a los Estados Miembros que compensasen cualquier déficit que pudiera haber mediante contribuciones voluntarias.

54. El señor Daniel Walter (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) presentó el proyecto de programa y presupuesto, y destacó que era resultado de un proceso de consulta de abajo arriba. El proyecto se había formulado sobre la base de la determinación de los costos de los resultados inmediatos que debían lograrse durante el bienio 2016-2017, mientras que en el pasado los proyectos se habían basado en los recursos y habían utilizado los niveles históricos de financiamiento. El proyecto mostraba los recursos totales necesarios sin prescribir cómo se asignarían los fondos ni especificar sus fuentes. Se solicitaría a los Estados Miembros que aprobaran el programa y presupuesto en su totalidad, lo que les daría un mayor sentido de propiedad del presupuesto completo, en lugar de solo la porción financiada mediante contribuciones señaladas como en el pasado. La asignación de recursos de distintas fuentes tendría lugar después de que se hubiera aprobado el presupuesto, teniendo en cuenta el trabajo central de la Organización que debía financiarse a partir de la porción del presupuesto anteriormente conocida como el presupuesto ordinario y los requisitos específicos asociados con las contribuciones voluntarias.

55. El presupuesto total para los programas básicos era de \$612,8 millones, lo que representaban un aumento de \$49,7 millones, es decir, 8,8%. El aumento era programáticamente necesario y financieramente factible, y restauraría el financiamiento perdido en los bienios 2014-2015 y 2012-2013, y permitiría a la Oficina reconstruir su capacidad de prestar cooperación técnica. No se estaba proponiendo este aumento para compensar el efecto de la inflación, sino para invertir en nuevas iniciativas, programas y prioridades. La totalidad del aumento se asignaría a las cinco categorías programáticas establecidas en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2015. La asignación a la categoría 6 (servicios corporativos y funciones habilitadoras) se reduciría levemente y la Oficina seguiría buscando lograr mayor eficiencia para absorber los aumentos de costos.

56. El aumento propuesto se financiaría a partir de los aumentos previstos de la asignación de la OMS a la Región, los ingresos varios de la OPS y las contribuciones voluntarias, y mediante un aumento propuesto de 3,8% de las contribuciones de los Estados Miembros, que produciría otros \$5,8 millones en contribuciones señaladas. La Oficina era consciente de que las consideraciones políticas podrían hacer difícil para los Estados Miembros aprobar un aumento de las contribuciones señaladas. Sin embargo, sin el aumento podría haber retrasos al ejecutar actividades cruciales, como la respuesta a las emergencias. Por otro lado, las contribuciones señaladas eran la fuente de financiamiento más flexible y predecible de la Organización, y el aumento evitaría una dependencia excesiva en las fuentes menos predecibles.

57. La Oficina había preparado tres escenarios posibles con respecto al presupuesto. En el primero, el presupuesto de \$612,8 millones se financiaría como se describe en el

proyecto que figuraba en el documento CE156/10, Rev. 1. En el segundo no habría aumento alguno de las contribuciones señaladas y el déficit de financiamiento de \$5,8 millones se financiaría a partir de otras fuentes, aún no identificadas. En el tercer escenario, el presupuesto total se reduciría en \$5,8 millones, dando lugar a un presupuesto total de \$607 millones. También podrían considerarse otros escenarios posibles.

58. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el método de abajo arriba empleado en la elaboración del proyecto de programa y presupuesto, y agradeció a la Oficina sus esfuerzos para hacer converger la asignación de los recursos con las prioridades determinadas por los Estados Miembros. Los delegados recibieron con agrado en especial el énfasis del proyecto en abordar los temas como las defunciones maternoinfantiles, la resistencia a los antimicrobianos y los preparativos, la respuesta y la capacidad de vigilancia de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional. Un mayor énfasis en los sistemas de información de salud y en la ayuda a los Estados Miembros para elegir la tecnología apropiada para mejorar la vigilancia, el manejo de los registros médicos y la gestión del conocimiento en general también se consideró importante. Se señaló que el proyecto requería reducciones presupuestarias en varias áreas, y se solicitó aclaración sobre el razonamiento que sustentaba esas reducciones y cómo se conseguiría que no condujeran a brechas en la cobertura ni que afectaran los logros y los esfuerzos regionales. También se solicitó aclaración sobre si al elaborar el proyecto de presupuesto se había aplicado el método de asignación de prioridades propuesto por el grupo de consulta del Plan Estratégico.

59. Se elogiaron los esfuerzos de la Oficina para reducir los costos al aumentar la eficiencia y se la alentó a seguir buscando maneras de mejorar aún más la eficiencia, incluso determinando los programas de menor prioridad que podrían dejarse en suspenso o eliminarse gradualmente. El enfoque integrado del presupuesto también se recibió con beneplácito, aunque hubo algunas preguntas sobre la manera en que las diversas categorías de fondos —en especial las contribuciones señaladas y las contribuciones voluntarias nacionales— se administrarían dentro de un presupuesto de este tipo. Se subrayó que el financiamiento voluntario no debía desplazar ni reemplazar las contribuciones señaladas en las áreas prioritarias. Se manifestó inquietud con respecto a que algunas de las metas planificadas de financiamiento podrían ser más ambiciosas que realistas y se hizo hincapié en la importancia de adoptar un presupuesto realista. También se subrayó la necesidad de ampliar la base de donantes y se alentó a la Oficina a que explorara opciones en busca de movilizar contribuciones voluntarias de agentes no estatales. Al mismo tiempo, se reconoció que la disponibilidad de ese tipo de financiamiento podría verse afectada por las decisiones que se pudieran tomar en el debate en curso sobre el marco de la OMS de colaboración con los agentes no estatales.

60. Si bien se reconoció que la Oficina necesitaba tener recursos suficientes para llevar a cabo sus actividades de cooperación técnica y el hecho de que la Oficina enfrentaba costos cada vez mayores, ninguno de los delegados que hizo uso de la palabra manifestó apoyo al aumento propuesto de las contribuciones señaladas. Varios delegados

reafirmaron la política de larga data de sus gobiernos sobre el crecimiento nominal cero de los presupuestos de las organizaciones internacionales y las contribuciones de los Estados Miembros. Los delegados también destacaron las limitaciones fiscales y las prioridades en pugna que sus gobiernos enfrentaban. Algunos delegados se manifestaron dispuestos a considerar el escenario 2, pero solicitaron más información sobre la manera en que el aumento de \$5,8 millones se financiaría sin un aumento de las contribuciones señaladas. Otros delegados manifestaron preferencia por el escenario 3. Se señaló que la cantidad total contemplada en ese escenario, aunque menor que la contemplada en los escenarios 1 y 2, proporcionaría de todas maneras un aumento significativo del presupuesto general.

61. A fin de que los Estados Miembros pudieran tomar una decisión más fundamentada sobre el proyecto de programa y presupuesto, se solicitó a la Oficina que facilitara más detalles sobre la repercusión programática de los diversos escenarios, sobre las actividades que el aumento propuesto ayudaría a avanzar, y sobre lo que la OPS no podría hacer y los resultados previstos que no se lograrían sin el aumento. También se pidió a la Oficina que modificara el proyecto de resolución que figuraba en el documento CE156/10, Add. I para reflejar las observaciones formuladas durante el debate; en particular, solicitaron que se elimine la referencia a un aumento de 3% en contribuciones señaladas de los Estados Miembros. Además, se solicitó a la Oficina ajustar las contribuciones señaladas propuestas de los Estados Miembros contenidas en el documento CE156/10, Add. II con el objeto de reflejar la nueva escala de cuotas aprobada por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA) en su cuadragésimo quinto período ordinario de sesiones en junio del 2015.

62. El señor Walter confirmó que se ajustarían las cuotas de los Estados Miembros para reflejar la nueva escala de la OEA y que la Oficina se esforzaría en suministrar la información adicional solicitada antes del Consejo Directivo. Sin embargo, a fin de determinar las actividades que se eliminarían o se reducirían si no se aprobaba el aumento propuesto, se necesitarían consultas con los Estados Miembros para determinar las “oportunidades de hacer menos”. En algunas áreas programáticas podría ser necesario reducir las metas propuestas y la Oficina recurriría a los Estados Miembros para que indicasen dónde se debían hacer tales reducciones.

63. En respuesta a varias observaciones y preguntas específicas, el funcionario observó que el desplazamiento de recursos para salvar las brechas no era necesariamente una opción en áreas prioritarias más nuevas como el acceso universal a salud, la cobertura universal de salud y las enfermedades no transmisibles, en las que se necesitaban nuevos recursos y perfiles del personal. Con respecto a las contribuciones voluntarias nacionales, no se las incluiría en el programa y presupuesto integrado, ni tampoco los fondos de compras, aunque recibían el mismo tratamiento en cuanto al manejo de los fondos y la presentación de información. La Oficina creía que la tendencia al aumento de las contribuciones voluntarias nacionales era una oportunidad para mejorar el desarrollo sanitario en los países y alentaba a los Estados Miembros a proporcionar también contribuciones para la cooperación transfronteriza y Sur-Sur; tales fuentes de

financiamiento podrían entonces incluirse en el programa y presupuesto. En cuanto a las reducciones en algunas áreas programáticas, los montos propuestos en el programa y presupuesto se basaban en la jerarquización de prioridades establecida por los Estados Miembros y en una determinación realista de los costos, que había indicado que algunas áreas habían estado sobrepresupuestadas en el bienio en curso y que era poco probable que se movilizasen o ejecutasen recursos adicionales en esas áreas.

64. La Directora recibió con beneplácito el reconocimiento de los Estados Miembros de la labor que realizaba la Organización para impulsar el desarrollo sanitario nacional y los alentó a que aprobaran el aumento propuesto de 8,8% del programa y presupuesto para que la Región pudiera mantener sus logros y alcanzar las metas que estaban fácilmente dentro de su alcance, incluida la eliminación del sarampión y de las enfermedades desatendidas como la esquistosomiasis. El programa y el presupuesto no eran el resultado de un enfoque ambicioso; habían surgido de un proceso de abajo arriba en el cual los Estados Miembros habían determinado las prioridades programáticas. La Oficina seguiría colaborando con los Estados Miembros para determinar las actividades que podrían tener un énfasis menor o discontinuarse gradualmente, y seguiría buscando mayores ahorros y eficiencia, aunque había un límite con respecto a cuánto se podría reducir al personal sin comprometer la capacidad de satisfacer las expectativas de los Estados Miembros.

65. La Directora además hizo hincapié en que la Oficina no estaba pidiendo un aumento para sufragar el aumento en los costos operativos o la inflación, sino para financiar la ejecución de los programas prioritarios. Si se pretendía que la Oficina prestase la cooperación técnica que los Estados Miembros habían solicitado, era necesario llevar el presupuesto al menos al nivel del presupuesto del 2012-2013; el aumento propuesto lo llevaría nuevamente a ese nivel.

66. La Oficina estaba comprometida a mejorar sus esfuerzos de movilización de recursos y a explorar nuevas posibilidades de asociación. Sin embargo, el hecho de que se consideraba que la Región tenía un buen nivel de desarrollo siempre dificultaría la movilización de financiamiento voluntario. Por otro lado, la mayor parte de las contribuciones voluntarias seguían estando destinadas a fines específicos. Las contribuciones señaladas eran la fuente de financiamiento más flexible, que daban a la Oficina mayor latitud para poder responder a las necesidades de los Estados Miembros sin dilación. Y en las áreas en las que había sido históricamente difícil movilizar contribuciones voluntarias, como la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, la mayor parte del financiamiento de la cooperación técnica de la Oficina tenía que provenir de las contribuciones señaladas.

67. Muchos Estados Miembros estaban haciendo inversiones considerables en la seguridad sanitaria nacional. Una OPS fortalecida podría ayudar a acelerar ese proceso. Por consiguiente, la Directora apeló a los Estados Miembros para que consideren la posibilidad de asignar algunos de esos recursos a la Organización. Al colaborar, la Oficina y los Estados Miembros podrían lograr el desarrollo sanitario nacional y mantendrían a la Región a la vanguardia de la salud pública mundial.

68. El Comité Ejecutivo posteriormente examinó una versión modificada del proyecto de resolución que figuraba en el documento CE156/10, Add. 1, en la que se reflejaban las opiniones vertidas durante el debate. Se acordó que las cifras en la resolución sobre las cuales aún no se había llegado a un acuerdo seguirían estando entre corchetes y que las cifras correspondientes al escenario 3 quedarían en blanco a la espera de las consultas adicionales entre la Oficina y los Estados Miembros en el período antes del Consejo Directivo. También se acordó que se revisaría el proyecto de resolución en cuanto a las contribuciones señaladas de los Estados Miembros para reflejar la nueva escala de cuotas de la OEA. A sugerencia de la Directora, el Comité también estuvo de acuerdo en agregar un punto sobre la nueva escala en el orden del día provisional del 54.º Consejo Directivo (véanse los párrafos 11 a 13 anteriores).

69. El Comité aprobó la resolución CE156.R17, en la que recomendó que el Consejo Directivo aprobara el programa y presupuesto, y alentó a los Estados Miembros a que efectuaran oportunamente el pago de sus contribuciones señaladas y a que hicieran además contribuciones voluntarias flexibles.

#### ***Reforma de la OMS (Documento CE156/11)***

70. La señora Natalie St. Lawrence (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había examinado un informe sobre el estado de la reforma de la OMS y había elogiado los esfuerzos de la Oficina para velar por que las políticas y las prácticas de la OPS estuvieran en consonancia con las de la OMS. Había señalado, sin embargo, que en el informe que se preparó para el Subcomité se suministraba información sobre solo dos aspectos de la reforma de la OMS: la colaboración de la OMS con los agentes no estatales y la asignación de los recursos de la OMS a las regiones. Se había solicitado a la Oficina que preparara un informe más integral para la consideración por parte del Comité Ejecutivo. El Subcomité había señalado que, durante las deliberaciones sobre la reforma en la reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS de enero del 2015, se había criticado a la OPS por lo que se percibía como una falta de integración y convergencia con la OMS. En consecuencia, el Subcomité había indicado que la Oficina debía preparar un informe en el que se describiese la integración de la OPS con la OMS en cumplimiento del Artículo 54 de la Constitución de la OMS.

71. El señor Daniel Walter (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) presentó el informe sobre la reforma de la OMS que figuraba en el documento CE156/11, en el que se resumía el informe presentado a la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2015 y se incluía un anexo en el que se mostraba la estrecha consonancia entre las reformas programáticas, de gestión y de gobernanza emprendidas por la OMS y la OPS, y el avance para ejecutar esas reformas. Observó que la reforma en la OPS había empezado en el 2003 con la iniciativa de la OPS en el siglo XXI, que había dado lugar a muchos de los productos clave que habían surgido de la reforma de la OMS, incluida la Oficina de Ética, una función de evaluación independiente, el Comité de Auditoría de la OPS, una política de protección con respecto a las personas que denuncian irregularidades, una metodología de asignación presupuestaria basada en las

necesidades, un marco de gestión orientado a la consecución de resultados, y directrices para la colaboración con las empresas privadas.

72. Las reformas planificadas o en marcha en la OPS y la OMS en el área de la gobernanza incluían un examen de la situación actual y de la relevancia de las resoluciones y los mandatos de los últimos 10 a 15 años, un mayor apoyo para preparar a los Estados Miembros para que hicieran aportes estratégicos a las reuniones regionales y mundiales de los órganos de gobierno, y el trabajo en curso con respecto al marco para la colaboración con agentes no estatales. Argentina seguiría coordinando las consultas entre los Estados Miembros con miras a alcanzar el consenso acerca de ese marco. Las reformas programáticas incluían la planificación consultiva y de abajo arriba, la activación de las redes de las categorías y áreas programáticas para asegurar la coherencia programática a nivel regional y mundial, un método integrado de presupuestación y un portal en la web para llevar a cabo un seguimiento de la ejecución programática y presupuestaria. En el área de la reforma de la gestión, tanto la OPS como la OMS estaban ejecutando un marco de gestión de riesgos y habían introducido estrategias de recursos humanos de amplio alcance que tenían muchos elementos comunes. Ambas estaban también trabajando para incorporar la evaluación en la cultura institucional.

73. El señor Walter manifestó gratitud a México y Paraguay por sus esfuerzos como representantes de la Región en el grupo de trabajo sobre la asignación estratégica de márgenes presupuestarios, que estaba elaborando una fórmula objetiva basada en las necesidades para determinar las asignaciones presupuestarias a las regiones para la cooperación técnica en los países. La fórmula propuesta, que ayudaría a abordar la subfinanciación de la Región de las Américas, debía entrar en vigor en el bienio 2018-2019.

74. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el progreso logrado en la reforma y elogió el liderazgo de Argentina, México y Paraguay en el trabajo en torno al marco para la colaboración con los agentes no estatales y la asignación estratégica de márgenes presupuestarios. Los delegados subrayaron la necesidad de que los Estados Miembros participen en el fortalecimiento de la Organización y de su cooperación técnica, y destacaron la importancia de la planificación de abajo arriba para determinar las necesidades y las prioridades a nivel de país y mejorar la transparencia y la rendición de cuentas. En ese sentido se señaló que quedaba mucho por hacer con respecto a la estratificación de las prioridades. Los delegados también aplaudieron los esfuerzos para promover una cultura de evaluación, que ayudaría a mejorar aún más la transparencia y la rendición de cuentas.

75. Se destacó la importancia de la armonización continua entre la OPS y la OMS en torno a los esfuerzos de reforma y el cumplimiento del Artículo 54 de la Constitución de la OMS, y se manifestó apoyo a la recomendación del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración de que se debía preparar un informe en el que se describiese la integración de la OPS con la OMS. También se sugirió que la Oficina debía elaborar puntos de comunicación y mensajes clave que explicasen la manera en que la

convergencia e integración de la OPS con la OMS estaba teniendo lugar; tales mensajes ayudarían a los Estados Miembros de la Región de las Américas a aliviar las inquietudes expresadas por los Estados Miembros de otras regiones y a rectificar las concepciones erróneas sobre la OPS y su relación con la OMS.

76. Se subrayó la necesidad de intensificar los esfuerzos para completar todos los aspectos pendientes de la reforma. Los delegados tomaron nota del progreso logrado durante la 68.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud con respecto al marco para la colaboración con los agentes no estatales, y manifestaron confianza en que las cuestiones restantes podrían resolverse con bastante rapidez y en que el marco podría ser adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud en el 2016. Se subrayó la necesidad de evitar conflictos de intereses y de garantizar que toda colaboración con los agentes no estatales contribuyera al logro de los objetivos de salud pública. Se solicitó información sobre la manera en que se aplicaría el marco a nivel regional. Se destacó que, a pesar de que podrían hacerse ajustes menores para tener en cuenta las características institucionales específicas de la OPS, no debía hacerse ningún cambio de fondo en el marco después de su aprobación por parte de la Asamblea Mundial de la Salud.

77. Se agradecieron los esfuerzos de la OPS para armonizar su estrategia de recursos humanos con la de la OMS, pero se solicitó información adicional sobre la manera en que se participaría en la política de movilidad del personal de la OMS. También se recibió con beneplácito el plan de la OPS para elaborar una estrategia de movilización de recursos que estuviese de acuerdo con la estrategia de la OMS, al igual que la creación de un portal en la web similar al portal del presupuesto por programas de la OMS. Se pidió a la Oficina que indicase cuándo los Estados Miembros tendrían acceso a ese portal, y se solicitó mayor información además sobre el sistema de seguimiento del Plan Estratégico de la OPS y cuándo estaría al alcance de los Estados Miembros.

78. El señor Walter respondió que el sistema de seguimiento se pondría a disposición de los Estados Miembros por intermedio de los representantes de la OPS/OMS a tiempo para que los Estados Miembros pudieran presentar sus resultados sobre la ejecución del Plan Estratégico en el 2014 y el 2015. El portal en la web sobre el financiamiento y el desempeño programático seguramente se desarrollaría en la segunda mitad del 2016, después de que el Sistema de Información Gerencial de la OPS estuviese plenamente en funcionamiento. La nueva estrategia de movilización de recursos también estaría lista en el 2016. Con respecto a la movilidad del personal, la Oficina había declarado su intención en la estrategia de recursos humanos de la Oficina (véanse los párrafos 221 a 228 más adelante) de participar en la política de movilidad de la OMS, pero todavía no se habían definido los términos de dicha política, de manera que no se sabía qué forma adoptaría esa participación. En cuanto a la estratificación de las prioridades, se esperaba que la metodología mejorada con respecto a la estratificación estaría lista para ser examinada por el Consejo Directivo en septiembre.

79. La Directora dijo que esperaba que la información en el anexo al informe hubiera transmitido tranquilidad a los Estados Miembros de que la OPS estaba muy adelantada con respecto a la sede de la OMS y las otras oficinas regionales en relación con la

reforma. El proceso de planificación de abajo arriba también estaba más desarrollado en la Región de las Américas que en el resto de la OMS. Señaló que en el Artículo 54 de la Constitución de la OMS se instaba a que la OPS se integrara con la OMS, no en ella. La OPS, a diferencia de otras oficinas regionales, era una organización distinta con su propia Constitución y, si bien la Oficina seguiría haciendo su mayor esfuerzo para garantizar una estrecha consonancia entre las dos organizaciones, no podía dar ningún paso para integrar a la OPS en la OMS sin una decisión formal por parte de sus Estados Miembros. La Oficina proporcionaría a los Estados Miembros con la información que necesitaban para corregir las concepciones erróneas sobre la integración de la OPS en la OMS e incluiría en el documento que se prepararía para el Consejo Directivo una explicación de las diferencias entre las dos organizaciones. Además se estaba capacitando al personal de la Oficina para que comprendiese claramente la historia y la estructura de la OPS, y su relación con la OMS.

80. Con respecto al marco para la colaboración con los agentes no estatales, una vez que la política se aprobase a nivel mundial, ciertos ajustes tendrían que hacerse para adaptarla a la OPS. Por ejemplo, debían cambiarse ciertos aspectos de la redacción para hacer referencia al personal de la OPS, no el personal de la OMS, dado que la Directora Regional era el único funcionario de la OMS en la OPS. Sin embargo, la Oficina no podía determinar qué cambios debían o no hacerse al marco a nivel regional; esa era prerrogativa de los Estados Miembros.

81. El Comité tomó nota del informe.

***Plan de acción sobre inmunización (documento CE156/12, Rev. 2)***

82. El doctor Cuauhtémoc Ruíz Matus (Director interino, Departamento de Familia, Género y Curso de la Vida, OSP) presentó el plan de acción propuesto sobre la inmunización y señaló que la vacunación era una de las intervenciones de salud pública más eficaz en función de los costos y con mayor aceptación social. El fortalecimiento de los programas de vacunación había mantenido a la Región sin poliomielitis y recientemente se había declarado a la Región de las Américas libre de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. Era la primera región en marcar ese hito y estaba en camino de ser además la primera región declarada libre del sarampión endémico.

83. Muchos de los logros en cuanto a la prevención y el control de las enfermedades prevenibles mediante vacunación se habían alcanzado por medio del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas, que era un ejemplo para otras regiones. El mantenimiento de esos logros y el progreso continuo con respecto a otras enfermedades prevenibles mediante vacunación como la infección por el virus de los papilomas humanos (VPH) y la enfermedad por rotavirus requeriría de la disponibilidad oportuna de vacunas de calidad en cantidades suficientes. Sin embargo, en el 2013, 55% de los municipios de la Región habían informado una cobertura menor al 95% con la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT), lo que hacía que esa población fuera sumamente vulnerable a la importación de enfermedades ya eliminadas o controladas, y ponía en riesgo los avances logrados hasta la fecha.



84. La visión del plan de acción propuesto era lograr que la población de la Región de las Américas estuviese protegida contra las enfermedades prevenibles mediante vacunación y que, como parte del derecho a la salud, los Estados Miembros promovieran el acceso universal y equitativo a servicios de inmunización y a vacunas inocuas y asequibles a lo largo de todo el ciclo de vida. El plan de acción ayudaría a fortalecer una cultura de prevención y a reducir las desigualdades mediante la atención prioritaria a los grupos más desfavorecidos, al igual que a fortalecer la infraestructura de salud pública, reforzar el compromiso político y promover una mayor integración del acceso universal a los servicios de salud. En este plan se proponía una hoja de ruta que los Estados Miembros podrían seguir en el período 2016-2020 para la elaboración y la aplicación de políticas de inmunización. El plan comprendía cuatro líneas estratégicas de acción, junto con objetivos generales y estratégicos y sus correspondientes indicadores para el monitoreo, que se describían en el documento CE156/12. El progreso de conformidad con el plan también sería evaluado por la Asamblea Mundial de la Salud como parte de los objetivos y las metas del *Plan de acción mundial sobre vacunas*.

85. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el plan de acción propuesto, hizo hincapié en que la vacunación era una de las estrategias de salud pública más eficaces en función de los costos y reconoció que, a pesar de que la Región había logrado grandes avances con respecto a la mejora de la cobertura, seguía habiendo retos. Había consenso en que se debía seguir otorgando alta prioridad a la vacunación, dado que la cobertura tenía que mantenerse por encima del 95% para proteger a la población contra la importación de enfermedades. Se observó que se debía fortalecer la cobertura de las vacunas tradicionales contra las enfermedades como el sarampión y la poliomielitis. Se dirigió la atención a las barreras que impedían que la cobertura de vacunación fuera alta, incluida la falta de aceptación pública de la vacunación y el movimiento cada vez mayor en contra de la vacunación. Los delegados subrayaron la necesidad de organizar campañas públicas de concientización para que las comunidades comprendieran la importancia de la vacunación. Varios delegados destacaron las grandes desigualdades en el acceso a la vacunación, y afirmaron que la vacunación era un derecho y que el costo elevado de las vacunas era una barrera para lograr la cobertura universal de salud.

86. Se manifestó apoyo a la introducción de las vacunas nuevas, como las vacunas contra el rotavirus, el neumococo y el VPH, y a la ampliación mundial del uso de la vacuna antigripal. Los delegados expresaron apoyo al Fondo Rotatorio de la OPS en la negociación de precios de las vacunas más bajos. Se subrayó la importancia del seguimiento mundial del proceso de fijación de precios de las vacunas e insumos conexos para asegurar la equidad en cuanto al acceso, y se manifestó agrado por la mayor atención que se prestaba en el informe a la determinación de los costos, la entrega eficaz y la asequibilidad de todo el paquete de vacunación.

87. Hubo un debate animado acerca del uso de la expresión “el derecho a salud” en el documento, en el que algunos delegados manifestaron apoyo decidido a la frase y otros sugirieron que se la reemplazase por “el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr”, que se encontraba en el preámbulo de la Constitución de la OMS.

Surgieron algunas cuestiones más con respecto a la redacción, en las que los delegados solicitaron que se aclarasen ciertas frases utilizadas en el plan de acción y un delegado solicitó algunos ajustes para reflejar el sistema federal de gobierno en algunos países. También se solicitó la inclusión de una frase para que se tuviesen en cuenta los contextos y las realidades nacionales.

88. Se hicieron preguntas acerca de varios indicadores y su medición, y acerca de la manera en que se abordaría la insuficiencia de fondos prevista para la ejecución del plan. El doctor Ruíz Matus indicó que se movilizarían recursos de los asociados externos para salvar la brecha de financiamiento. Con respecto a los indicadores, señaló que para cada uno la Oficina había reunido las fichas técnicas correspondientes en las que se explicaba el significado del indicador y cómo se lo interpretaría, qué se incluiría en el numerador y en el denominador, qué fuentes de información se usarían, con qué frecuencia se mediría y otros detalles. El mismo enfoque se estaba aplicando en la formulación de los indicadores incluidos en cualquier plan de acción adoptado por los Cuerpos Directivos.

89. La Directora agradeció a los Estados Miembros su compromiso fuerte con la vacunación y señaló que el Programa Ampliado de Inmunización, un programa emblemático de la Organización, continuaba trabajando para asegurar que todos los pueblos tuvieran acceso igualitario a las vacunas y que se mantuviese la cobertura alta. Era preocupante que 55% de los municipios en la Región de las Américas estuvieran por debajo del nivel de cobertura aceptable, en particular porque en la medida en que los virus continuaran circulando en otras regiones, la Región seguiría en riesgo, especialmente sus poblaciones pobres, vulnerables y rurales. Estuvo de acuerdo en que la Organización debía esforzarse por fortalecer el Fondo Rotatorio y los organismos reguladores nacionales, y colaborar con los asociados en las áreas de la investigación y la información.

90. En cuanto a los déficits de financiamiento, comentó que muchos programas de la Organización tenían déficits considerables, pero que la Oficina estaba segura de que sus esfuerzos de movilización de recursos permitirían salvar esas brechas. También se movilizarían los expertos de los Estados Miembros y la cooperación Sur-Sur. Con respecto a las observaciones de varios delegados acerca de la expresión “el derecho a salud”, garantizó al Comité que el documento se modificaría para reflejar los cambios acordados, haciendo gran hincapié en la necesidad de garantizar el acceso universal a las vacunas, aspecto sobre el que había consenso.

91. El Comité examinó las versiones modificadas del documento y el proyecto de resolución en las que se incorporaban los cambios propuestos durante el debate y las observaciones presentadas por escrito por varias delegaciones. En el documento revisado (documento CE156/12, Rev. 2), la frase “el derecho a la salud” se reemplazó por “el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, incluso desde la perspectiva del derecho a la salud donde está nacionalmente reconocido”, frase que se había usado en otros documentos aprobados por los Cuerpos Directivos en los últimos años. Se hicieron varios cambios más de redacción y se introdujo un indicador nuevo en relación con la identificación y la superación de las barreras a la vacunación. Se señaló

que probablemente sería poco realista esforzarse por superar los resultados previstos contemplados en la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015 con respecto a la reducción de la mortalidad materna e infantil, ya que esos resultados ya eran ambiciosos, y se acordó que “superar” debía cambiarse por “lograr” en objetivo general 4.1 del documento y en el párrafo 1(f) de la resolución.

92. El Comité aprobó la resolución CE156.R14, en la que recomendó que el Consejo Directivo aprobara el plan de acción.

***Estrategia y plan de acción sobre demencias y otros trastornos discapacitantes en las personas mayores (documento CE156/13)***

93. El doctor Cuauhtémoc Ruíz Matus (Director interino, Departamento de Familia, Género y Curso de la Vida, OSP) introdujo la estrategia y el plan de acción propuestos. Observó que el número en aumento de adultos mayores planteaba uno de los retos principales en la actualidad para la salud y otros sistemas de protección social. Las enfermedades crónicas que se registraban a menudo en la vejez, especialmente las demencias, representaban una pesada carga para las familias y la sociedad. Los sistemas de salud no estaban preparados para manejar el deterioro funcional y la dependencia asociada con el envejecimiento; por consiguiente las familias, y las mujeres en particular, afrontaban la mayor parte de la carga de dispensar atención a las personas mayores, una situación que era insostenible. La estrategia y el plan de acción habían sido concebidos para promover el acceso a los servicios de salud y la cobertura universal de las personas mayores. Esto se lograría mediante intervenciones de calidad al nivel primario y secundario, especialmente las de naturaleza preventiva. También se promovería la prevención terciaria para recuperar o mantener la capacidad funcional de las personas con enfermedades a fin de evitar la dependencia y la necesidad de atención a largo plazo, lo que, en último término, mejoraría la calidad de vida y la salud de las personas mayores y sus familias, y reduciría las exigencias y la carga financiera para el sistema de salud.

94. El plan, que incluía cinco líneas estratégicas de acción, estaba en consonancia con otros mandatos regionales, incluida la recientemente adoptada Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Sin embargo, en él se hacía énfasis en la respuesta y la prevención de la dependencia y la prestación de la atención a largo plazo asociada con las demencias y otros trastornos discapacitantes en las personas mayores.

95. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito la estrategia y el plan de acción propuestos, y observó la carga que las demencias y la dependencia imponían no solo a las personas mayores y sus cuidadores, sino también al sistema de salud en general, debido a la transición demográfica y epidemiológica y el costo elevado de la atención en la Región. Si bien los delegados apoyaron el plan en general, varios consideraron la posibilidad de que su alcance fuera demasiado amplio y sugirieron limitarlo a las demencias, dado que la frase “demencias y otros trastornos discapacitantes” en el título del plan de acción implicaba una variedad mucho mayor de problemas, que sería necesario definir. Un delegado sugirió utilizar la frase “demencias y trastornos

cognoscitivos”. Este delegado además preguntó si había una definición internacionalmente reconocida del término “dependencia”, una noción compleja que no se limitaba a la pérdida de funcionalidad sino que también abarcaba factores económicos, sociales y psicológicos. Se solicitó la definición de los términos “demencia”, “discapacidad” y “competencias básicas”, y una delegada sugirió reemplazar el término “recursos humanos” con alguna frase del tipo “personas involucradas en el sector o el sistema de salud” o “personas que trabajan en el sector de la salud o el sistema de protección social” para formular el concepto en términos más sociales. La delegada señaló que en algunos países varias de las áreas de trabajo en el plan no recaían en la jurisdicción federal y que en su país la función federal para abordar las demencias incluía la reducción y prevención de riesgos, la vigilancia, la mejora de la calidad de vida, la atención al final de la vida y la investigación.

96. La prevención fue un tema común en las intervenciones de muchos delegados. Si bien observó que la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades eran esenciales, un delegado comentó que la investigación todavía no había mostrado una conexión definitiva entre las intervenciones de salud y la reducción del riesgo de padecer demencia en etapas posteriores de la vida; por consiguiente, subrayó la importancia de adoptar intervenciones basadas en la evidencia para la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la reducción de los riesgos según surgían en la bibliografía científica. Otro delegado expresó inquietud de que las líneas estratégicas no incluyesen la prevención y reducción de riesgos. La conexión entre la demencia y los factores de riesgo modificables como las enfermedades crónicas, la nutrición y la salud bucodental se observó como un aspecto que debía explorarse en mayor profundidad, dado que algunas medidas sencillas y de bajo costo, como dejar de fumar y mejorar la nutrición, podrían tener una repercusión real.

97. Varios delegados describieron los avances que sus países habían logrado al abordar el problema de las demencias en las personas mayores y mencionaron los programas, la legislación y las políticas nacionales con respecto a la enfermedad de Alzheimer y la colaboración con las asociaciones dedicadas a esta enfermedad. Se mencionó la importancia de establecer estándares para medir el fortalecimiento de la capacidad del sistema de salud de prestar atención de buena calidad a las personas mayores, al igual que la importancia de las actividades de promoción y prevención, incluidas aquellas dirigidas a abordar el deterioro cognoscitivo. También se subrayó la necesidad de alentar a los gobiernos locales a que adoptasen estrategias para las personas mayores y a que fortalecieran las existentes a fin de promover sistemáticamente la salud y prevenir las enfermedades en sus jurisdicciones, empoderando a las comunidades al concientizarlas.

98. Los delegados estuvieron de acuerdo en que el objetivo de la estrategia y el plan de acción era mejorar la vida de los pacientes y los cuidadores, permitiendo que los pacientes pudieran vivir más tiempo con la mejor calidad de vida posible. Varios hicieron notar la necesidad de un enfoque polifacético e interdisciplinario, mencionando, entre otras cosas, una mejor capacidad de investigación y vigilancia, la capacitación para el

personal de salud y los cuidadores informales, los vínculos con los sistemas de salud mental y de atención primaria, y la participación del gobierno, la sociedad civil y la comunidad. Se observó la necesidad de garantizar el acceso equitativo universal a los programas de atención a largo plazo y al final de la vida. Varios delegados mencionaron la importancia de hacer referencia en el documento a la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

99. El doctor Ruíz Matus agradeció a los delegados sus observaciones y comentarios, que se incorporarían en el documento y la resolución. En respuesta a las inquietudes sobre algunos términos, señaló que en el documento se incluía la definición de discapacidad y de dependencia. En cuanto al alcance del plan de acción, si bien las demencias eran una causa importante de dependencia, otras enfermedades como los trastornos articulares, la ceguera y la sordera también lo eran, y la finalidad del plan de acción era proporcionar un enfoque transversal, en lugar de centrarse exclusivamente en los trastornos mentales.

100. La Directora observó que parecía claro que se necesitaba un mayor debate sobre el marco de referencia y el alcance de la estrategia y el plan de acción, y sugirió que los Estados Miembros celebrasen consultas durante la sesión de Comité Ejecutivo con miras a alcanzar el consenso acerca del documento que se presentaría al Consejo Directivo.

101. Un grupo de trabajo integrado por los delegados de Brasil, Canadá, Costa Rica, Ecuador, Estados Unidos, México y Venezuela se reunió posteriormente con el personal técnico de la Oficina para analizar el documento y la resolución. Tras un extenso debate, se alcanzó el consenso de que el punto central del documento debía limitarse al tema de las demencias en las personas mayores como un problema importante de salud pública en la Región, omitiendo “otros trastornos discapacitantes”. Se decidió que la Oficina prepararía un cronograma de las tareas de revisión del documento y la resolución, que se haría circular en los Miembros del Comité Ejecutivo y otros Estados Miembros; se celebraría una consulta virtual intersesional para terminar el documento y la resolución para el Consejo Directivo, y esta labor concluiría a más tardar el 17 de agosto del 2015. Por consiguiente, el grupo de trabajo recomendó diferir la decisión sobre la resolución hasta el Consejo Directivo.

102. El Comité Ejecutivo aceptó diferir la decisión con respecto a la estrategia y el plan de acción hasta el 54.º Consejo Directivo y solicitó a la Oficina que revisase el documento y el proyecto de resolución para incorporar los cambios sugeridos por Estados Miembros. El Comité también estuvo de acuerdo en que una nueva versión del documento y la resolución estaría lista y traducida a más tardar el 10 de julio; el documento y la resolución se distribuirían a los Miembros de Comité Ejecutivo a más tardar el 20 de julio; los documentos serían examinados por los Estados Miembros entre el 20 y 31 de julio, y habría consultas técnicas entre la Oficina y los Estados Miembros individuales sobre cualquier inquietud que hubiera con respecto al documento; el 4 de agosto habría una reunión virtual con todos los Miembros de Comité Ejecutivo y otros Estados Miembros interesados; y la revisión interna y preparación final del documento concluirían para el 10 de agosto y su traducción estaría lista a más tardar el 17 de agosto.

***Estrategia y plan de acción sobre fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer (documento CE156/14)***

103. El doctor Cuauhtémoc Ruíz Matus (Director interino, Departamento de Familia, Género y Curso de la Vida, OSP) presentó la estrategia y el plan de acción propuestos, y señaló que una de cada tres mujeres en la Región de las Américas era víctima de violencia física o sexual. El plan de acción propuesto ofrecía una hoja de ruta para prevenir y abordar el problema, que a menudo no se notificaba o se notificaba de manera insuficiente en las estadísticas y, por consiguiente, resultaba invisible. Por otro lado, como la violencia contra la mujer a menudo estaba justificada por normas culturales y era considerada un asunto privado, el estigma y la vergüenza que experimentaban las sobrevivientes a menudo hacían que no acudieran a los servicios que necesitaban. La violencia contra la mujer estaba asociada con la muerte y numerosos problemas de salud, como la depresión, el alcoholismo, la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, y se vinculaba con nacimientos prematuros, bebés de peso bajo al nacer y una mayor mortalidad en menores de 5 años. También implicaba elevados costos directos e indirectos para los gobiernos, la sociedad, las comunidades y las familias.

104. Los sistemas de salud habían mostrado poca capacidad para identificar y ayudar a las sobrevivientes, aunque había directrices basadas en la evidencia sobre cómo tratar la violencia por razones de género. La respuesta a la violencia contra la mujer requeriría un enfoque multisectorial que incluya a los sectores de la salud, la educación, la justicia y los servicios sociales, junto con estrategias coordinadas para fortalecer la legislación y su cumplimiento, y cambiar las normas sociales y de género que eran la causa del problema. En el plan de acción se reconocían las múltiples funciones del sistema de salud y se proponían cuatro líneas estratégicas de acción. Tanto la estrategia como el plan de acción se habían preparado por medio de extensas consultas con una amplia gama de interesados directos. Su aprobación no solo ayudaría a abordar el tema en la Región sino que además serviría de ejemplo para otras regiones del mundo.

105. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito la estrategia y el plan de acción propuestos. Se manifestó acuerdo en que la violencia contra la mujer era un grave tema mundial de salud pública y derechos humanos con consecuencias significativas y duraderas para las mujeres, las familias y las sociedades, y que abordarlo requeriría un enfoque multisectorial integral que debía incluir el fortalecimiento institucional, la legislación y su cumplimiento, la recopilación de datos, la capacitación y educación, la comunicación y la atención a las víctimas. Los delegados subrayaron la importancia de la coordinación con los sectores de la educación, la seguridad social, el trabajo, el cumplimiento de la ley, la comunicación y otros para prevenir la violencia. Reconociendo que el problema afectaba a cada país de la Región, los delegados también observaron que era indispensable cambiar las normas sociales y culturales que hacían que la violencia contra la mujer fuera aceptable.

106. Varios delegados describieron la legislación de sus países sobre la violencia por razones de género, que cubría una amplia gama de áreas, incluida la violencia doméstica; la discriminación y la violencia contra las mujeres lesbianas, homosexuales, bisexuales y

transgénero (LBT); la violencia sexual contra las mujeres y las niñas; y el tráfico humano de mujeres para prostitución. Un delegado informó que su país tenía un programa basado en la evidencia para prevenir y abordar la violencia doméstica, sexual y por razones de género que incluía la detección y atención tempranas y oportunas, incluida la atención psicológica y la reducción del daño causado por tales incidentes. Expresó la voluntad de su gobierno de compartir estas experiencias en la lucha contra la violencia por razones de género y la violencia infligida por el compañero íntimo.

107. Algunos de delegados subrayaron la necesidad de abordar la violencia de género en términos generales y ampliar los indicadores en la estrategia y plan de acción para incluir a las mujeres LBT, al igual que el desglose por variables como la edad, la etnicidad, la orientación sexual y la identidad de género. Se consideró importante tener información sobre los diferentes contextos en los cuales ocurría la violencia contra la mujer y elaborar estrategias para abordarlos. Un delegado recomendó la vigilancia mejorada y la notificación obligatoria de la violencia contra la mujer por parte de los ministerios de salud y el desglose de esta violencia por raza. Los delegados subrayaron la necesidad de prevención, educación y comunicación a fin de producir un cambio en las normas culturales que perpetuaban la violencia.

108. Hubo acuerdo general sobre la escasez de los datos actuales y la necesidad de más estudios que pudieran contribuir al diseño y la validación de las intervenciones para la prevención de diferentes tipos de violencia —física, psicológica, sexual, económica, etc.— en las distintas esferas de la sociedad. Reconociendo que el conjunto de trabajos para abordar la violencia contra la mujer desde una perspectiva de salud era relativamente reciente y la complejidad y limitaciones de los datos para medir la prevalencia en la respuesta de los sistemas de salud, un delegado recomendó incluir indicadores que fueran ambiciosos y de desarrollo.

109. Hubo consenso de que la información sobre la violencia física, sexual y emocional contra la mujer por parte de un compañero íntimo era en gran medida invisible en las estadísticas internacionales y que el sector de la salud, que debía desempeñar una función clave en la prevención y el tratamiento, tenía una capacidad limitada de identificar a las víctimas; en consecuencia, era necesario concientizar al personal de salud. Un delegado subrayó la necesidad de capacitar al personal de salud para interactuar con las víctimas de violencia por razones de género de manera de evitar la revictimización de las sobrevivientes. Varios delegados subrayaron la importancia de denunciar la violencia y de garantizar la protección para quienes la denuncien, así como de dar acceso a la justicia a las mujeres que habían sufrido violencia de género. Además se mencionó la necesidad de que la anticoncepción de urgencia estuviese disponible para las víctimas de la violencia sexual, aunque se señaló que el tema era aún materia de debate jurídico en algunos países.

110. Varios delegados plantearon preguntas sobre si el presupuesto previsto sería suficiente para aplicar la estrategia y el plan de acción y cumplir los indicadores allí establecidos.

111. El doctor Ruiz Matus respondió que el presupuesto se consideraba adecuado para empezar y avanzar con las actividades propuestas. Estuvo de acuerdo con la necesidad de un enfoque amplio que considerase aspectos como la diversidad sexual, la violencia contra los grupos vulnerables como las personas con discapacidades y las diferencias entre grupos étnicos. La Oficina había tomado nota de los cambios sugeridos en algunos de los indicadores y colaboraría con los Estados Miembros para revisar el proyecto. En cuanto a la claridad de algunos de los indicadores, explicó que se habían preparado especificaciones técnicas para cada indicador que incluían la definición del indicador y señalaban las fuentes de información, al igual que dónde, cómo y con lo que frecuencia se obtendría dicha información.

112. La Directora comentó que estaba claro que el tema era de suma importancia para los Estados Miembros. Si bien el punto central de la estrategia y el plan de acción era la función del sector de la salud para prevenir la violencia contra la mujer, el papel de otros sectores era igualmente importante. Alentó a los Estados Miembros a que abordaran el tema en sus parlamentos, congresos y grupos comunitarios.

113. El proyecto de resolución fue modificado para incluir las sugerencias formuladas durante el debate y fue aprobado como la resolución CE156.R6.

***Plan de acción sobre la salud de los trabajadores (documento CE156/15, Rev. 1)***

114. El doctor Luiz Augusto Galvão (Jefe, Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud, OSP) presentó el plan de acción propuesto y explicó que este actualizaba el *Plan regional de salud de los trabajadores* adoptado en 1999.<sup>2</sup> El nuevo plan ofrecía una respuesta a los cambios de las realidades laborales y a la necesidad de poner al alcance de los trabajadores de todos los Estados Miembros los beneficios de las iniciativas exitosas de salud de los trabajadores ejecutadas en los últimos 15 años. Los nuevos retos exigían que la salud de los adultos de 18 a 65 años se abordara mediante un enfoque integral orientado a la protección y la promoción de la salud de los trabajadores.

115. Actualmente, la fuerza laboral de la Región estaba tratando de hacer frente a las consecuencias y las inequidades que provenían de condiciones de trabajo desiguales y peligrosas que exponían a los trabajadores a una multitud de situaciones que podrían perjudicar su salud, y que exponían su seguridad física y su vida a diversos riesgos. La Región se encontraba en medio de una epidemia invisible de enfermedades ocupacionales, accidentes en el lugar de trabajo, discapacidades, enfermedades no transmisibles exacerbadas por el trabajo, además de las defunciones en el lugar de trabajo. El costo resultante de la atención era enorme, en especial en los sectores como la salud, minería, construcción, transporte, agricultura y ganadería y, lo que era más importante, en el sector no estructurado, donde más de 50% de la fuerza laboral carecía de protección social e incluso de servicios de salud. Como resultado, los sistemas de salud pública estaban asumiendo la responsabilidad de la carga de la atención y sus costos elevados, lo que colocaba un enorme peso sobre sus presupuestos. Con el plan de

---

<sup>2</sup> Véanse el documento CD41/15 y la resolución CD41.R13 (1999).



acción actualizado sobre la salud de los trabajadores se procuraba afrontar esos desafíos a lo largo de cinco líneas estratégicas de acción, descritas en el documento CE156/15.

116. El Comité Ejecutivo recibió con agrado el nuevo plan de acción como un medio de abordar la situación actual derivada de los retos y los cambios en el mundo del trabajo. Los delegados reconocieron la importancia del plan para abordar los temas de la desigualdad y mejorar las condiciones del empleo y el trabajo en toda la Región. Se expresó agradecimiento por las medidas prácticas y los indicadores del plan para la medición del progreso hacia el mejoramiento de la salud de los trabajadores y por su énfasis en la formación de capacidad y prevención de los riesgos ocupacionales. Se señaló que esos riesgos planteaban un reto que exigiría a los países, de conformidad con su contexto y las leyes laborales nacionales, la adopción de conceptos, herramientas y metodologías de diferentes disciplinas para el diseño de medidas coherentes de prevención, control y evaluación de riesgos ocupacionales, así como de los accidentes y enfermedades asociados. Esto exigiría la participación de los gobiernos, los empleadores, los trabajadores, la comunidad y el sector de la salud. Un delegado observó que sería necesario mejorar la capacitación del personal de salud en materia de salud ocupacional y disciplinas relacionadas, además de definir las funciones del personal de salud ocupacional; fortalecer las entidades administrativas y técnicas de las instituciones del gobierno; y fortalecer los reglamentos relacionados con la promoción de la salud de los trabajadores, así como la vigilancia y prevención de las enfermedades y los accidentes ocupacionales; y promover la investigación para generar nuevo conocimiento científico en el campo de la salud ocupacional. Varios delegados también mencionaron la necesidad de prestar atención en el plan a los trabajadores que necesitaban consideración especial, como las personas mayores, los niños, los trabajadores migratorios y, especialmente, el personal de salud.

117. Los delegados señalaron varios aspectos del plan que deberían fortalecerse. Se mencionó la necesidad de uniformidad entre el análisis de la situación, las líneas estratégicas de acción y los indicadores en algunas áreas, además de la conveniencia de establecer metas a mediano plazo. Un delegado recomendó que se hiciera énfasis en el derecho de los trabajadores a sindicalizarse, mientras que otro sugirió que se agregara el tema de la cobertura de los planes de indemnización del trabajador, ya que eran un componente integral de la salud de los trabajadores.

118. Hubo mucho debate sobre la redacción del documento, ya que varios delegados solicitaron que la expresión “el derecho a salud” se reemplazara con la frase de la Constitución de la OMS, “el derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr”. Se sugirió que deberían incluirse definiciones claras para varios términos, entre otros “trabajo saludable”, “trabajos saludables y respetuosos”, “calidad de vida en el lugar de trabajo” y “sector no estructurado”. Se señaló que la falta de definición de este último término dificultaría para los Estados Miembros la evaluación del progreso en los indicadores que se referían al sector no estructurado. El término “enfermedad ocupacional” también se consideraba problemático y se sugirió que la OPS debería quizá

especificar con claridad que en la Región se utilizaría la lista de las enfermedades ocupacionales, emitida por la Organización Internacional del Trabajo.

119. El doctor Galvão aclaró que los términos en cuestión ya habían sido definidos por la OMS o la OIT y estuvo de acuerdo en que sería ventajoso usar la lista de las enfermedades ocupacionales, publicada por la OIT.

120. Se formó un grupo de trabajo a fin de revisar el documento para reflejar los cambios propuestos durante el debate. El Comité Ejecutivo posteriormente refrendó el documento revisado (CE156/15, Rev.1) y aprobó la resolución CE156.R3, en la que recomendó que el Consejo Directivo aprobara el plan de acción.

***Plan de acción para la prevención y control de la tuberculosis (documento CE156/16)***

121. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, OSP), al presentar el proyecto de plan de acción, señaló que la tuberculosis seguía siendo un serio problema de salud pública en la Región de las Américas, a pesar del progreso logrado en su control. Por consiguiente, se había incluido entre las epidemias graves que debían abordarse de acuerdo con los objetivos de desarrollo sostenible propuestos para el período después del 2015. Algunos de los factores que contribuían a la persistencia de la enfermedad en la Región eran la epidemia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la tuberculosis multirresistente y la extensamente resistente, la transición epidemiológica y los cambios demográficos que habían impulsado el crecimiento acelerado de las poblaciones urbanas.

122. La finalidad del plan de acción era acelerar la disminución de la incidencia y la mortalidad por tuberculosis, además de alcanzar la meta de reducción establecida en el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019. Asimismo, el plan de acción buscaba contribuir a que la Región alcanzara las metas establecidas en el *Plan mundial Alto a la tuberculosis 2006-2015* y los nuevos objetivos fijados para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después del 2015, aprobados por la 67.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud.<sup>3</sup> El plan había sido el resultado de una consulta amplia con directores de los programas nacionales contra la tuberculosis y asociados técnicos, tanto regionales como mundiales, y daría continuidad a las iniciativas emprendidas por la OPS de acuerdo al *Plan estratégico regional de tuberculosis 2005-2015*,<sup>4</sup> que actualmente estaba llegando a su fin. También facilitaría la ejecución del nuevo plan mundial de la OMS, con el fortalecimiento de la atención médica contra la tuberculosis, al tener en cuenta la situación ambiental y socioeconómica de las poblaciones vulnerables y fomentar la participación de otros sectores en el control de esta enfermedad. El abordaje de los determinantes sociales de la salud era uno de los puntos fuertes del plan, que proponía actividades horizontales a fin de crear sinergias en los sistemas de salud de los países. Sus líneas estratégicas de acción incluían componentes que consideraban el género, la etnicidad, los derechos humanos y la ética en la

---

<sup>3</sup> Véanse el documento WHO A67/11 y la resolución WHA67.1 (2014).

<sup>4</sup> Véanse el documento CD46/18, Rev. 1, y la resolución CD46.R12 (2005).

prevención, el tratamiento y el control de la tuberculosis. El plan serviría de catalizador para la reducción continua de la incidencia de la tuberculosis en la Región.

123. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el plan de acción y encomió su convergencia con el plan mundial de la OMS. Los delegados apoyaron las metas del plan, sus estrategias y objetivos ambiciosos, así como su énfasis en llegar a las poblaciones vulnerables e incluir a otros sectores en las actividades para combatir la tuberculosis. Se señaló la relación entre la tuberculosis, las enfermedades no transmisibles y los determinantes sociales de la salud. Numerosos delegados indicaron la necesidad del diagnóstico y el tratamiento tempranos, del acceso universal al tratamiento, del compromiso político, de la acción intersectorial y multidisciplinaria, y de la capacitación del personal de salud. También se destacó que eran necesarias la promoción y la educación acerca de la salud para combatir las ideas erróneas acerca del riesgo de contraer la tuberculosis.

124. Varios delegados describieron los programas contra la tuberculosis de su país y el progreso en la reducción de la morbilidad y la mortalidad debidas a la enfermedad. Se destacó la importancia de la estrategia de tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES) y las estrategias alto a la tuberculosis para la cura de nuevos casos y reducción de la prevalencia. Se sugirió que deberían estudiarse las comorbilidades, como la relación entre tuberculosis y diabetes y entre la tuberculosis y la infección por el VIH, al igual que la repercusión social de la tuberculosis, especialmente en las familias. Asimismo, se señaló la necesidad de invertir en investigación y desarrollo con miras a generar nuevas terapias alternativas y garantizar el acceso universal a los medicamentos de primera línea.

125. Se sugirió que deberían hacerse algunos cambios al plan con el objeto de brindar flexibilidad a los Estados federados para adaptarlo a su contexto y realidad. Se solicitó una aclaración con respecto a la diferencia entre la meta de impacto establecida por la OMS de una reducción de 36% de la mortalidad y la meta de impacto de la OPS de lograr una reducción de 24%, y se sugirió que estas debían armonizarse. También se pidió información acerca de cómo se llegaría a las cifras (por país, proporcionalmente o de alguna otra manera). Se recomendó que el progreso según el plan debería medirse por medio de indicadores ya establecidos en el Plan Estratégico de la OPS 2015-2019 y que se notificaran los avances a través de los informes de evaluación bienal sobre la ejecución del Plan Estratégico. Se solicitó a la Oficina que suministrara más información sobre el documento de trabajo que había previsto preparar para la ejecución del plan de acción en los países (mencionado en el párrafo 25 del documento CE156/16), en particular con respecto a cualquier meta, objetivos e indicadores que se incluirían en ese documento.

126. El doctor Espinal explicó que la Oficina estaba trabajando en un documento más detallado, que se distribuiría a los directores de programas contra la tuberculosis de la Región con la intención de facilitar y mejorar el monitoreo de la ejecución del plan. La Oficina propondría otros indicadores sobre la tuberculosis que no se habían incluido en el plan de acción macro, como el número de muestras de esputo sometidas a prueba y número de niños sujetos al tamizaje. En cuanto a la relación entre la tuberculosis y la diabetes, señaló que la OPS había promovido tres estudios sobre el tema. Estuvo de

acuerdo en que era importante analizar la relación entre la tuberculosis y las enfermedades no transmisibles y hacer hincapié en un enfoque multisectorial. La razón de la discrepancia entre las metas de reducción de la mortalidad fijadas por la OMS y las de la OPS se debía a que la Región de las Américas ya había logrado avances considerables en la reducción de la mortalidad; la meta regional más baja reflejaba ese hecho. Lo más importante era mantener el compromiso político y el apoyo con respecto a los programas de control de la tuberculosis. Observó que estos últimos se estaban ejecutando cada vez más a nivel de la atención primaria y que algunos países de la Región ya se encontraban en la etapa previa a la eliminación, lo que resultaba alentador.

127. La Directora observó que la tuberculosis era una enfermedad compleja asociada estrechamente con la pobreza y otros determinantes sociales de la salud, y que era esencial centrar las actividades en los grupos de población más vulnerables y más pobres. También señaló que se necesitaba la innovación, tanto en los medicamentos como en los medios de diagnóstico.

128. El Comité aprobó la resolución CE156.R2 modificada, con la recomendación de que el Consejo Directivo aprobara el plan de acción, en el entendimiento de que la Oficina modificaría el plan para reflejar los cambios sugeridos en el debate en el Comité.

***Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos (documento CE156/17)***

129. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, OSP) presentó el plan de acción propuesto, que se había preparado a petición de los Estados Miembros y de organismos asociados, después del debate de mesa redonda sobre la resistencia a los antimicrobianos que había tenido lugar en el Día Mundial de la Salud del 2011 y la reunión del Grupo Técnico Asesor de la OPS sobre Resistencia a los Antimicrobianos en el 2013. El plan tenía por objeto servir de orientación para la formulación de las políticas y los planes nacionales.

130. Por más de veinte años, la OPS había venido ejecutando estrategias e intervenciones para contener la resistencia a los antimicrobianos; asimismo, la Red Latinoamericana de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos (RELAVRA) había brindado asistencia a fin de mejorar la vigilancia en la Región. Como resultado, 25 países ahora tenían un laboratorio nacional de referencia para efectuar las pruebas sobre la sensibilidad a los antibióticos. No obstante, seguían existiendo las mismas brechas importantes en el abordaje de la resistencia a los antimicrobianos en los países del continente. Pocos países tenían planes nacionales para hacer frente al problema mediante un enfoque multisectorial inclusivo y pocos habían emprendido campañas de información pública para aumentar la concientización del público acerca de la resistencia a los antimicrobianos. La resistencia a los antimicrobianos era también un problema grave en la esfera de la salud animal. Dada la disponibilidad generalizada de medicamentos antimicrobianos de venta sin receta en los Estados Miembros, era necesario contar con directrices para el tratamiento estándar y reglamentar la emisión de recetas. Para garantizar la producción y la distribución nacional de medicamentos de calidad

comprobada hacían falta organismos nacionales de reglamentación fuertes y normas adecuadas de calidad.

131. El plan de acción quinquenal estaba en consonancia con el *Plan de acción mundial sobre resistencia a los antimicrobianos* adoptado por la 68.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,<sup>5</sup> estaba vinculado con los planes de acción vigentes sobre las enfermedades infecciosas y se adaptaba a los logros y los retos de la Región. La finalidad del plan era suministrar directrices a fin de contener y reducir la repercusión de la resistencia a los antimicrobianos, además de garantizar la prevención y el tratamiento continuos de las enfermedades infecciosas con medicamentos de calidad, seguros y eficaces, utilizados de manera responsable, y accesibles para quienes los necesitaran. El plan también presentaba objetivos e indicadores para la contención de la resistencia a los antimicrobianos en la Región de las Américas, fundamentados en cinco líneas estratégicas de acción. Para alcanzar las metas era esencial contar con el compromiso de los Estados Miembros, los centros colaboradores de la OPS/OMS y los asociados.

132. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el plan de acción propuesto, que se consideraba como una hoja de ruta para llevar a cabo actividades concretas y cuantificables encaminadas a combatir la resistencia a los antimicrobianos. Se destacó que la resistencia a los antimicrobianos era una amenaza mundial en constante aumento con consecuencias que iban más allá de la salud y se extendían hasta las esferas social y económica y que, por consiguiente, era necesario emprender iniciativas multisectoriales para abordar el problema. Los delegados elogiaron la labor de la OPS para mejorar la educación en el uso apropiado de los antibióticos, la ejecución de programas de manejo de los antibióticos y su énfasis en la prevención de la resistencia a los antimicrobianos mediante medidas mejoradas de prevención y control de la infección en los establecimientos de asistencia sanitaria. Se puso de relieve la importancia de abordar el uso de los antibióticos en el ámbito de la salud humana y animal mediante un “enfoque de una sola salud”.

133. Varios delegados afirmaron que la resistencia a los antimicrobianos era un problema de salud pública que exigía un enfoque integral, y observaron que entre las consecuencias directas de las infecciones resistentes a los antimicrobianos se encontraban el aumento de la duración de las enfermedades, el aumento de la mortalidad, las estadías hospitalarias más prolongadas, la pérdida de protección para los pacientes quirúrgicos y de otro tipo, y costos más altos. Varios delegados formularon observaciones sobre la necesidad de vigilancia, en especial, vigilancia epidemiológica y ambiental, así como de laboratorios de referencia, inversiones en el desarrollo de medicamentos nuevos, políticas farmacéuticas para controlar la venta y distribución de antibióticos, control de infecciones en el ámbito extrahospitalario e intrahospitalario, participación del sector privado y la importancia de colaborar para combatir la amenaza planteada por la resistencia a los antimicrobianos.

---

<sup>5</sup> Véanse los documentos de la OMS A68/20 y A/68/20 Corr.1, y la resolución WHA68.7 (2015).

134. Al expresar su apoyo al plan, una delegada señaló que en su país, la lucha contra la resistencia a los antimicrobianos era una responsabilidad compartida en la que diversos interesados directos y jurisdicciones, entre otros, los gobiernos federales, provinciales, territoriales y municipales desempeñaban una función. Sugirió que deberían eliminarse las referencias explícitas a los programas, prioridades o enfoques nacionales para que los estados federados tuvieran la flexibilidad necesaria para adaptar el plan a su contexto. Otra delegada consideró que el plazo previsto en el plan de acción mundial para la formulación y la ejecución de un plan nacional de acción era demasiado corto e indicó que la Oficina debería dar apoyo técnico para permitir a los países adaptar el plan a su situación particular. También se solicitó apoyo para la identificación de programas modelo de abordaje de la resistencia a los antimicrobianos. Se propuso refinar varios de los indicadores del plan.

135. El doctor Espinal dijo que el plan de acción facultaría a la Oficina para ayudar a los países en la preparación de sus planes nacionales y para alinearlos con el Plan Estratégico. Estuvo de acuerdo en la importancia de vigilar y reglamentar la emisión de recetas y la venta de antibióticos para proteger la eficacia de los medicamentos actuales.

136. La Directora destacó que la resistencia a los antimicrobianos era un problema grave de trascendencia internacional con consecuencias para la seguridad sanitaria y, por esa razón, debía tomarse muy en serio. El plan regional de acción propuesto se había beneficiado de los debates en la OMS, donde los Estados Miembros de la Región habían mostrado un alto nivel de participación en torno a la resistencia a los antimicrobianos. Observó que durante el debate en el Comité, varios delegados habían destacado la importancia de adoptar un enfoque de “una sola salud”, de abordar el punto de contacto entre la salud humana y animal, y de trabajar con el sector de la salud pública veterinaria. Este sería un tema importante para el debate en la Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA) a celebrarse en el 2016, así como en la etapa de intensa preparación que culminaría en la Reunión. La Oficina se esforzaría por aumentar su capacidad para apoyar a los Estados Miembros y prestar cooperación técnica en esa área. Alentó a los Estados Miembros a que aprobaran leyes que prohibieran la venta sin receta de los antimicrobianos.

137. El Comité aprobó la resolución CE156.R4, en la que recomendó que el Consejo Directivo aprobara el plan de acción, en el entendimiento de que la Oficina modificaría el plan para reflejar los cambios sugeridos durante el debate del Comité.

***Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales (documento CE156/18)***

138. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, OSP), al presentar el plan de acción propuesto, señaló que las hepatitis virales eran un grave problema de salud pública que exigía una respuesta urgente y enérgica. La lucha contra la epidemia de las hepatitis virales sería una prioridad de acuerdo con los objetivos de desarrollo sostenible propuestos para después del 2015. En ese marco, el objetivo general del plan para la Región de las Américas era ampliar y

fortalecer las respuestas nacionales y regionales de salud pública para reducir la morbilidad, la discapacidad y las defunciones por hepatitis virales. La elaboración del plan había incluido un análisis exhaustivo de la información disponible y de las consultas regionales con representantes de los Estados Miembros, expertos y asociados pertinentes a fin de compartir experiencias y visiones, además de formular recomendaciones para fortalecer el plan y garantizar su consonancia plena con el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. De particular importancia había sido una consulta reciente efectuada en Brasil, en la que la OMS había presentado los principios y los elementos básicos de la estrategia mundial que se estaba elaborando.

139. La naturaleza crónica de dos formas de la enfermedad, la hepatitis B y la C, a menudo tenía una marcada repercusión adversa sobre las personas, las familias y las comunidades, así como sobre los sistemas de salud y los recursos públicos. Las medidas para prevenir nuevas infecciones eran líneas clave para la acción en la lucha contra la hepatitis. La Región había logrado avances considerables en la inmunización contra la hepatitis B, especialmente en los recién nacidos y los menores de cinco años, y el plan proponía fortalecer, mantener y ampliar esa actividad exitosa. También se proponía la introducción gradual y sostenida de medidas terapéuticas encaminadas a mejorar el estado general de las personas afectadas por la hepatitis B crónica y curar la hepatitis C. Los datos científicos mostraban que los medicamentos antivíricos de acción directa eran sumamente eficaces, con tasas de curación de más de 95%. Actualmente, esos medicamentos eran muy costosos, pero las formas genéricas y los convenios bilaterales de fijación de precios entre los países y las empresas farmacéuticas estaban bajando los costos. Del mismo modo que la epidemia de infección por el VIH y los antirretrovíricos, la Región podría beneficiarse de los foros regionales de negociación para mejorar el acceso. La Oficina estaba preparada para encabezar tal iniciativa.

140. El plan, que comprendía cinco líneas estratégicas de acción, podría allanar el camino para lograr una reducción drástica de las hepatitis virales en la Región. El objetivo era invertir la tendencia actual para el 2020 y eliminar la enfermedad como problema de salud pública para el 2030.

141. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el plan de acción y reconoció que las hepatitis virales eran un enorme reto mundial para la salud pública que exigía la adopción de un enfoque integral. También fue bien recibida la armonización del plan con la resolución aprobada en el 2014 por la Asamblea Mundial de la Salud<sup>6</sup> acerca de las hepatitis virales. Los delegados destacaron la importancia de abordar los determinantes de salud y las necesidades específicas de las poblaciones vulnerables, reducir el estigma y la discriminación, y facilitar el acceso igualitario a los servicios esenciales. Sin embargo, surgieron preguntas acerca de cómo se financiaría el plan.

142. Los delegados subrayaron la importancia de la vigilancia epidemiológica, la vacunación, el tamizaje, el acceso a medicamentos seguros y eficaces, estrategias para prevenir la transmisión de la hepatitis B y C dentro y fuera de los entornos de atención de

---

<sup>6</sup> Resolución WHA67.13 (2014).

salud, prevención de la transmisión hematogena, promoción de la investigación y protocolos para controlar la hepatitis B y la C, y reducción de riesgos entre los grupos en riesgo y vulnerables mediante actividades de extensión a la comunidad, reducción del daño y tratamiento oportuno del consumo de sustancias psicoactivas. Un delegado destacó la importancia de aumentar la investigación y el desarrollo para poner a disposición métodos de diagnóstico y de tratamiento más asequibles, especialmente para la hepatitis B y la C. El doctor Espinal también destacó la importancia de adoptar medidas para limitar el riesgo de contraer las hepatitis virales en poblaciones afectadas por desastres, medidas que incluirían la prevención de riesgos, la atención psicológica, la vacunación y la promoción de la salud.

143. Se destacó la necesidad de comprender mejor las características epidemiológicas de la hepatitis C. Se señaló que, si bien había tratamientos nuevos disponibles, la prevención debía ser el enfoque principal para interrumpir la transmisión del virus de la hepatitis C. Se dijo además que muchos países todavía no entendían bien lo que estaba ocasionando la transmisión de la enfermedad en sus contextos nacionales. Los delegados abogaron por que se analizara el acceso a los medicamentos y las maneras de mejorarlo, en particular para el tratamiento de la hepatitis C, para la que no había ninguna vacuna. Varios delegados expresaron la voluntad de sus países de cooperar en las iniciativas encaminadas a conseguir precios más bajos para los medicamentos contra la hepatitis. Se sugirió que los trasplantes para el tratamiento de afecciones crónicas causadas por la hepatitis debían considerarse como parte del acceso equitativo a la atención clínica. Se destacó la importancia de someter a tamizaje para la hepatitis a los donantes de órganos y de tejidos.

144. Se sugirió que deberían fortalecerse los programas nacionales de prevención mediante la introducción de pruebas rápidas de diagnóstico para detectar la hepatitis B, haciendo hincapié en las embarazadas y otras poblaciones clave; mejoramiento de la capacidad para determinar la carga vírica sérica para la hepatitis B y la carga vírica sérica y el genotipo para la hepatitis C; y fortalecimiento del tratamiento para la hepatitis B en las poblaciones clave, además de la elaboración de protocolos de tratamiento para la hepatitis B y la C. Se enfatizó la necesidad de concientización de la comunidad para promover la adhesión al tratamiento y la receptividad a la vacunación en los grupos vulnerables. También se sugirió que debían emprenderse estudios para evaluar la carga social y económica generada por la morbilidad y la mortalidad a causa de las hepatitis virales.

145. Los delegados formularon sugerencias para que se hicieran modificaciones al documento y al proyecto de resolución, que fueron agradecidas por el doctor Espinal, quien afirmó que el plan se revisaría para hacer más hincapié en la investigación y que la Oficina trabajaría en estrecha colaboración con los Estados Miembros para brindar asistencia técnica y aprender de las mejores prácticas. El doctor Espinal agradeció a Brasil y a otros países que habían ofrecido su apoyo para conseguir precios más bajos para los medicamentos de hepatitis destinados a los Estados Miembros.



146. El doctor Massimo Ghidinelli (Jefe, Unidad de VIH, Hepatitis, Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual, OSP) al responder a las preguntas acerca del financiamiento, recordó que más de dos años atrás había habido un cambio estructural en la Oficina y todos los aspectos del programa contra la hepatitis, que anteriormente estaban a cargo de varios departamentos diferentes, ahora se encontraban bajo la Unidad de VIH, Hepatitis, Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual. El objetivo había sido crear sinergias interprogramáticas y la oportunidad de aprovechar la plataforma y la infraestructura compartidas por los programas más maduros. Algunos de los recursos considerados como necesarios para la ejecución del plan de acción se generarían mediante esa participación. La OMS quizá ofrecería otros recursos. Agradeció a Brasil por designar a personal en comisión de servicios y aportar recursos extrapresupuestarios, que habían permitido a la Oficina seguir adelante con la preparación del plan; agregó que otros países estaban sumamente interesados en el control de las hepatitis virales y también estaban dando apoyo.

147. El doctor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) informó que varios medicamentos antivíricos importantes se habían agregado recientemente a la lista de medicamentos esenciales de la OMS, entre ellos cinco productos nuevos que contenían sofosbuvir y daclatasvir, y que varios productos nuevos se encontraban en la etapa de investigación. Se habían agregado a la lista tres o cuatro antivíricos más. La experiencia con los antirretrovíricos para tratar la infección por el VIH/sida había mostrado que la inclusión de los productos en la lista de medicamentos esenciales tenía una marcada repercusión sobre la dinámica del mercado, tanto a nivel mundial como regional. También estimulaba la producción de medicamentos genéricos en un lapso relativamente corto y facilitaba su entrada en el mercado, donde no existían barreras de propiedad intelectual. Lo que era más importante, promovería la producción de equivalentes terapéuticos y la competencia entre las pautas de tratamiento, lo que probablemente iba a reducir los precios. La transparencia en la fijación de los precios debía enfatizarse cuando se establecían directrices para la compra de esos medicamentos. También era necesario elaborar una estrategia especial en esta área mediante el diálogo con los Estados Miembros en cuanto al acceso a medicamentos costosos de una fuente única y aprovechar las oportunidades a fin de promover el acceso a esos productos a través del Fondo Estratégico.

148. Estuvo de acuerdo con las observaciones de algunos Estados Miembros acerca de la necesidad de innovación y agregó que actualmente había un programa completo de trabajo que incluía el desarrollo de una vacuna contra la hepatitis C y tratamientos de acción prolongada con una inyección única, además de los antivíricos orales; medios simplificados para el diagnóstico en el lugar de la atención para ayudar a prever la demanda y calcular las necesidades; y simplificación de las pautas de tratamiento.

149. La Directora, al señalar que las hepatitis virales eran una emergencia que por mucho tiempo no se había reconocido como tal, dijo que la Región disponía de los conocimientos, las herramientas y los mecanismos necesarios para la prevención y el tratamiento. Había necesidad de aumentar los programas de concientización de la

comunidad y de fortalecer la prevención, el acceso universal a la atención y el tratamiento y la innovación en materia de salud pública, todo lo cual exigiría un alto nivel de compromiso de todos los interesados. La mortalidad y la morbilidad resultantes de las hepatitis virales podrían reducirse significativamente si la Región aplicaba lo que ya sabía y aprovechaba las herramientas que estaban a su disposición. Esperaba que los esfuerzos conjuntos de la Oficina y los Estados Miembros permitirían librar a la Región de las hepatitis virales.

150. El Comité aprobó la resolución CE156.R10, con la recomendación de que el Consejo Directivo aprobara el plan de acción, en el entendimiento de que la Oficina modificaría el plan a fin de reflejar los cambios sugeridos durante el debate del Comité.

***Estrategia sobre legislación relacionada con la salud (documento CE156/19, Rev. 2)***

151. El señor Néstor Alejandro Rosa Navarro (Uruguay), al presentar el tema, señaló que Uruguay y El Salvador habían llevado a cabo conjuntamente las consultas y las negociaciones sobre la estrategia propuesta sobre la legislación relacionada con la salud,<sup>7</sup> que había sido un proceso muy participativo. Se habían celebrado varias consultas virtuales y reuniones presenciales en las que habían participado todos los Miembros del Comité Ejecutivo y la mayoría de los otros Estados Miembros de la OPS. La estrategia, tal como aparecía en el documento CE156/19, reflejaba el consenso alcanzado. Su objetivo era facilitar el fortalecimiento de las leyes relacionadas con la salud y el intercambio de experiencias en ese sentido para aumentar el progreso hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud y otras áreas clave sobre las cuales los Cuerpos Directivos habían aprobado resoluciones. Se trataba de una propuesta firme para la acción por la Oficina y los Estados Miembros, que ayudaría a fortalecer los marcos jurídicos y normativos, además de promover el derecho a la salud, por eso alentaba al Comité a apoyarla.

152. En el debate que siguió, los delegados recibieron con agrado la versión revisada de la estrategia y expresaron su agradecimiento a Uruguay y El Salvador por haber encabezado el grupo de trabajo. Se expresó la opinión de que, a pesar de que era difícil de negociar, el texto revisado era más fuerte, tenía en cuenta los contextos y las necesidades dispares de los países y brindaba más flexibilidad, además de que mejoraría la capacidad de la Oficina para ayudar a los países, cuando estos lo solicitaran, en el mejoramiento de sus marcos legales y normativos. Se reconoció la importancia de fortalecer los marcos jurídicos para promover y proteger la salud, ya que una de las funciones de la OPS consistía en facilitar el intercambio de las mejores prácticas en ese sentido. Se señaló que, si bien muchos Estados Miembros estaban adoptando enfoques basados en los derechos en sus actividades para lograr la cobertura universal de salud, el reconocimiento de los

---

<sup>7</sup> La estrategia se presentó inicialmente en la 154.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo en el 2014. Luego se presentó una versión revisada al 53.<sup>o</sup> Consejo Directivo, pero esta no se aprobó. El Consejo decidió establecer un grupo de trabajo, presidido por Uruguay y con El Salvador como vicepresidente, para seguir refinando la estrategia y volver a presentar la al Comité Ejecutivo en su 156.<sup>a</sup> sesión (2015). Véase el documento CD53/FR (2014).

derechos relacionados con la salud y su aplicación variaban según los contextos nacionales; se proponían algunos ajustes más en la redacción de la estrategia para reflejar esta diferencias y hacer que el texto estuviera en consonancia con la redacción acordada anteriormente en la *Estrategia para el acceso universal a salud y la cobertura universal de salud*<sup>8</sup> y otras estrategias de la OPS. Se sugirieron otros cambios menores con miras a alcanzar el consenso final acerca de la estrategia.

153. La Directora expresó su gratitud a los Estados Miembros por su participación en el prolongado proceso de consulta sobre la estrategia; asimismo, agradeció a Uruguay y El Salvador por encabezar el proceso. Debido a que el documento era producto de negociaciones prolongadas entre los Estados Miembros, estaba segura de que se alcanzaría el consenso.

154. Después de examinar dos versiones revisadas de la estrategia y del proyecto de resolución correspondiente, en el que se incorporaban los cambios propuestos durante el debate, el Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE156.R11, en la que se recomendaba que el Consejo Directivo adoptara la estrategia.

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

##### ***Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas (documentos CE156/20 y Add. I)***

155. La señora Linda Kintzios (Tesorera y Asesora Principal, Sistemas y Servicios Financieros, Gestión de Recursos Financieros, OSP) presentó el informe, en el que se detallaba la situación con respecto a la recaudación de las contribuciones señaladas al 31 de diciembre del 2014 y al 30 de abril del 2015 y, en el apéndice I, al 15 de junio del 2015. Señaló que desde esa fecha se habían recibido otros pagos por \$1.281.946 de Argentina y por \$151.996 de Panamá.

156. Se había recibido el pago de 85% del total de las contribuciones atrasadas pendientes, lo que dejaba un saldo de \$4,3 millones al inicio de la 156.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo. En ese momento, ningún Estado Miembro se encontraba sujeto a la aplicación del artículo 6.B de la Constitución. Sin embargo, señaló que el saldo de los pagos atrasados representaba un aumento con respecto a la cifra registrada al momento de la sesión del Comité Ejecutivo del 2014, cuando los pagos atrasados sumaban solamente \$1,6 millones.

157. Al 15 de junio del 2015, la Organización había recibido \$22,4 millones correspondientes a las contribuciones señaladas para el 2015, de nuevo una cifra levemente inferior a la de junio del 2014, que representaba solamente 21% del total de las contribuciones señaladas para el año en curso. El saldo de las contribuciones señaladas adeudadas correspondientes al 2015 sumaba \$83,2 millones. Diecisiete Estados Miembros habían pagado la totalidad de sus contribuciones correspondientes al 2015, lo

---

<sup>8</sup> Véanse el documento CD53/5, Rev. 2 y la resolución CD53.R14 (2014).

que era bienvenido, pero en razón del bajo nivel general de los pagos de las contribuciones, la Organización había tenido que utilizar el Fondo de Trabajo para financiar la ejecución del presupuesto ordinario. Los desembolsos del presupuesto ordinario en la primera mitad del 2015 habían sumado \$34,1 millones. Al 31 de diciembre del 2014, el saldo del Fondo de Trabajo había sumado \$19,2 millones, pero ahora había disminuido a \$6,0 millones. A menos que se recibieran más contribuciones señaladas, esa cantidad se utilizaría totalmente alrededor del 30 de junio, lo que obligaría a la Organización a utilizar recursos internos sin restricciones para financiar la ejecución del presupuesto ordinario.

158. La Directora dijo que la situación actual obviamente era motivo de preocupación para la Oficina, ya que era difícil seguir trabajando sin los recursos financieros necesarios para hacerlo. Agradeció a los Estados Miembros que habían pagado hasta ese momento en el 2015 y pidió al resto de ellos que siguieran el ejemplo.

159. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE156.R1, en la cual agradeció a los Estados Miembros que ya habían hecho los pagos correspondientes al 2015 y años anteriores e instó a los demás Estados Miembros a pagar todas sus contribuciones pendientes cuanto antes.

***Informe financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2014 (DO349)***

160. La señora Natalie St. Lawrence (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó sobre el examen que había hecho el Subcomité de una versión preliminar sin auditar del Informe Financiero, y observó que el Subcomité había solicitado aclaración acerca de las razones del aumento de los ingresos consolidados y la disminución significativa de las contribuciones voluntarias a la OPS. También se había señalado el aumento considerable de las contribuciones voluntarias nacionales, y se había pedido confirmación de que la cantidad que se cobraba por el apoyo a los programas bastaba para sufragar los costos de la Organización y evitar la presión indebida sobre su presupuesto.

161. El señor Gerald Anderson (Director de Administración, OSP) presentó un panorama del Informe Financiero del Director, en especial, información comparativa sobre las fuentes de ingresos para el programa y presupuesto de la OPS y la distribución de esos ingresos a lo largo de los cinco años anteriores; esa información indicaba que las contribuciones señaladas de la OPS habían permanecido estables desde el 2012 hasta el 2014 y que los ingresos varios habían aumentado desde el 2013 hasta el 2014, en gran parte como resultado de ingresos en concepto de intereses de inversiones efectuadas en Brasil. La porción aportada por la OMS para el presupuesto ordinario recibida en el 2014 había sido de \$30,6 millones, en comparación con \$37,8 millones en el primer año del bienio anterior. Las contribuciones voluntarias de la OMS habían permanecido relativamente estables, pero las contribuciones voluntarias de la OPS habían descendido en más de 50% desde el 2012 hasta el 2014, y habían pasado de \$93,7 millones a

\$40,9 millones. En el primer semestre del 2015, se había observado cierta inversión de esa tendencia descendente.

162. La recaudación de las contribuciones señaladas correspondientes a años anteriores había mejorado considerablemente desde el 2010 hasta el 2014. Sin embargo, la recaudación de las contribuciones del año en curso había bajado. En el informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas se presentan mayores detalles (véanse los párrafos 155 a 159 anteriores). Aunque los atrasos en el pago de las contribuciones habían descendido levemente del 2013 al 2014, el nivel general de los atrasos había subido de manera apreciable desde el 2010.

163. Las contribuciones voluntarias nacionales habían subido mucho desde el 2013 hasta el 2014, debido principalmente al proyecto Mais Médicos en Brasil, pero ese tipo de contribuciones de otros países también habían aumentado, en alrededor de \$8 millones desde el 2013 hasta el 2014. Los ingresos de tres los fondos de compras de la Organización también habían mostrado una tendencia general ascendente desde el 2012, aunque la cantidad para las compras reembolsables había disminuido.

164. El Auditor Externo había emitido una “opinión no modificada” sobre los estados financieros de la Organización correspondientes al 2014. En años anteriores, el auditor había emitido una “opinión sin reservas”, pero los dos términos significaban esencialmente lo mismo: el auditor había llegado a la conclusión de que los estados financieros se habían preparado, en todos los aspectos fundamentales, de conformidad con el marco financiero aplicable.

#### *Informe del Auditor Externo para el 2014*

165. El señor José Luis Cea Claver (Tribunal de Cuentas de España), al presentar el informe del Auditor Externo, dijo que, en su trabajo en curso como Auditor Externo de la Organización, el Tribunal de Cuentas de España había seguido aprendiendo acerca de la OPS y se había esforzado en adaptar sus recomendaciones para ayudar a la Organización a alcanzar sus objetivos con respecto a la transparencia y la gestión financiera sólida. Un equipo que constaba de 12 auditores había hecho dos visitas a la sede de la OPS en el 2014 y también había visitado las representaciones de la OPS/OMS en Brasil, Colombia y Cuba. Los miembros del equipo también habían participado en las sesiones novena y décima del Comité de Auditoría de la OPS. Como resultado de ese trabajo, el Auditor Externo había preparado los documentos que integraban el Informe del Auditor Externo que figura en el *Documento Oficial 349*. Las conclusiones más significativas del trabajo del Auditor Externo se encontraban en el dictamen del Auditor Externo y en el informe detallado sobre la auditoría de los estados financieros del 2014.

166. El señor Miguel Ángel Sánchez del Águila (Tribunal de Cuentas de España), al destacar las cifras del examen financiero incluido en el informe detallado, señaló que la Organización había registrado un excedente neto de \$23,7 millones en el 2014, mientras que en el 2013 había sufrido una pérdida neta de \$2,66 millones. Los ingresos totales habían ascendido a \$1.727,1 millones, un aumento de 51,5% con respecto al 2013. Al

mismo tiempo, los gastos habían aumentado en 49,1%, a \$1.703,4 millones. Estos aumentos se debían en gran parte a los aumentos de las contribuciones para el proyecto Mais Médicos y los gastos asociados con el mismo. Las prestaciones y las obligaciones con respecto a los empleados habían aumentado en 4,1%, aunque los pagos a los funcionarios y otros costos de personal habían disminuido en 9%, al pasar de \$186 millones en el 2013 a \$169 millones en el 2014. En términos generales, la OPS contaba con recursos suficientes para cubrir sus obligaciones financieras actuales y sus pasivos a corto plazo por las prestaciones a los empleados. Sin embargo, a mediano y a largo plazo, el financiamiento de esas obligaciones seguiría siendo un reto, y el Auditor Externo alentaba a la Organización a que siguiera aplicando medidas para cumplir con esas obligaciones.

167. A continuación resumió las recomendaciones propuestas en el informe, que incluían diversas medidas encaminadas a mejorar los controles internos y reducir al mínimo los riesgos asociados con el proyecto Mais Médicos, a asegurar que el proyecto del Sistema de Información Gerencial de la OSP se terminara a tiempo y a mejorar la gestión de la sucesión y la transferencia de conocimientos del personal que se jubilaba. La mayoría de las recomendaciones de años anteriores se habían llevado a la práctica, lo cual demostraba el compromiso de la Oficina para mejorar sus sistemas y procedimientos.

168. El Comité Ejecutivo recibió con beneplácito el dictamen de auditoría no modificado. Se solicitó una aclaración con respecto al aumento de los gastos de viaje del 2012 al 2014, y se instó a la Oficina a que encontrara maneras de reducir esos costos por medio de la utilización de herramientas tecnológicas. Una delegada solicitó una explicación de por qué había aumentado la obligación de las prestaciones del personal, dado que otros costos de personal habían disminuido. También solicitó una aclaración acerca de la diferencia entre el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas y el Fondo de Compras Reembolsables. Otra delegada pidió más información sobre los productos que se adquirían por intermedio de los fondos de compras de la OPS y preguntó cuál era la razón del número tan alto de contratos de servicio de una única fuente. Reconoció que en algunos casos quizá había un número limitado de proveedores, pero subrayó la necesidad de transparencia para lograr que la OPS obtuviera el mejor valor y precio. Agregó que el informe indicaba una falta de transparencia con respecto a las cartas de acuerdo en la Representación en Brasil e instó a que la Oficina adoptara medidas para corregir esa falla. Pidió seguridad de que los recursos voluntarios para los programas nacionales cubrían completamente los gastos de apoyo a programas. Se elogiaron los esfuerzos de la Oficina para poner en práctica las recomendaciones pasadas del Auditor Externo y se la instó a que pusiera en práctica todas las recomendaciones actuales. Se consideraba de particular importancia llevar a la práctica las recomendaciones relacionadas con la gestión de los riesgos institucionales.

169. El Delegado de Brasil expresó agradecimiento a la OPS por su apoyo para la ejecución del proyecto Mais Médicos, que estaba beneficiando a más de 63 millones de

brasileños y contribuía al logro de la cobertura universal de salud. Ofreció suministrar más información a otras delegaciones acerca del proyecto y sus beneficios.

170. El señor Sánchez del Águila aclaró que la auditoría externa no había revelado problemas graves con respecto a la transparencia o alguna falla en el cumplimiento de las Reglas Financieras y el Reglamento Financiero de la Organización en cuanto a la adjudicación de contratos.

171. El señor Anderson explicó que el aumento de los gastos de viaje se atribuía principalmente a la ejecución del proyecto Mais Médicos, que se había iniciado en el 2013. Esos costos incluían viajes de los médicos cubanos a Brasil y los viajes dentro del país. Para ese proyecto y todos los proyectos financiados con contribuciones voluntarias nacionales, cualquier costo atribuible directamente a las actividades del proyecto se cargaba directamente al proyecto. La Oficina recaudaba gastos de apoyo a programas para cubrir otros costos relacionados con el proyecto; por lo tanto, esto aseguraba que todos los costos del proyecto estuviesen cubiertos sin necesidad de subsidios procedentes del presupuesto ordinario de la Organización.

172. La Oficina estaba haciendo todo lo posible por utilizar las herramientas tecnológicas modernas. El nuevo Sistema de Información Gerencial de la OSP, por ejemplo, incluiría un componente de viajes que mejoraría el análisis administrativo de los gastos de viaje y el mantenimiento de controles internos. La estrategia de tecnología de la información de la OSP (véanse los párrafos 203 a 206 más adelante) fortalecería todavía más la capacidad de la Oficina para utilizar herramientas tecnológicas de apoyo a la cooperación técnica. Los costos en constante aumento de la atención de salud representaban la mayor parte del aumento de las obligaciones con respecto a los empleados, ya que incluían todas las prestaciones previstas del seguro de enfermedad tras la separación del servicio para el personal jubilado. La Oficina estaba colaborando con la Secretaría de la OMS para administrar esas obligaciones (véase el informe sobre el seguro de enfermedad tras la separación del servicio más adelante, párrafos 187 a 190).

173. La OPS tenía tres fondos de compras: el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas, el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública (conocido como el Fondo Estratégico) y el Fondo de Compras Reembolsables. Por medio de este último, la Oficina recibía fondos de los Estados Miembros y adquiría insumos de salud pública en su nombre, con lo cual los Estados Miembros adquirirían los productos a mejores precios en comparación con los que podrían negociar por cuenta propia. Los fondos rotatorios funcionaban de la misma manera, pero tenían fondos de capital que permitían a los Estados Miembros recibir un adelanto de caja para hacer las compras, que luego reembolsaban al fondo. Los fondos de capital se financiaban mediante un cargo sobre las actividades de compras. El Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas ofrecía un conjunto específico de vacunas certificadas por la OMS. Los medicamentos y los insumos de salud pública no aprobados para la venta a través del Fondo Rotatorio podían

adquirirse por intermedio del Fondo Estratégico. La lista de los productos disponibles a través de ambos fondos podía consultarse en el sitio web de la OPS.<sup>9</sup>

174. Algunas de las vacunas ofrecidas por medio del Fondo Rotatorio se adquirían de un solo proveedor. La elección por la Oficina de los proveedores algunas veces tenía limitaciones debido a cuestiones de tiempo; por ejemplo, cuando los Estados Miembros solicitaban la compra de ciertas vacunas especiales para ser utilizadas en un período determinado (Semana de la Vacunación en las Américas). Todas las solicitudes de compras eran examinadas por el Comité de Examen de Contratos de la Oficina, así como por el Departamento de Gestión de Compras y Suministros, el Departamento de Gestión de Recursos Financieros, el Director de Administración y los expertos técnicos. Los contratos de única fuente se analizaban a fondo para asegurar que estuvieran justificados.

175. La Oficina tenía un asesor de tiempo completo en materia de gestión de riesgos institucionales que estaba estableciendo una red de experiencia y conocimientos técnicos dentro de la Organización. Recientemente se habían organizado talleres sobre el sistema de registro de los riesgos institucionales, con participación de personal de diversos departamentos y niveles, incluso de las representaciones en los países.

176. La Directora dijo que el Informe Financiero era un medio para que la Oficina pudiera asegurar a los Estados Miembros que estaba administrando los recursos financieros de la Organización en un marco de transparencia, rendición de cuentas y de control interno estricto. La Oficina tomaba muy en serio todas las recomendaciones del Auditor Externo, el Auditor Interno y el Comité de Auditoría, y dos veces al año se efectuaban exámenes para velar por la ejecución plena de todas las recomendaciones. En cuanto al PMIS, el proyecto se monitoreaba mensualmente para asegurar que se seguía el cronograma acordado y analizar la utilización de los recursos del proyecto.

177. Según se observaba en el Informe Financiero, aparte de las contribuciones voluntarias nacionales, las contribuciones voluntarias a la OPS habían descendido significativamente. Eso se debía en parte a que la Región se percibía como una región que disponía de medios, formada principalmente por países de ingresos medianos. La Oficina estaba trabajando para capacitar al personal a todos los niveles con la finalidad de que este pudiera participar en la movilización de recursos. También estaba colaborando con la Fundación de la OPS con miras a ampliar su base de donantes. Además, estaba aumentando la capacidad de gestión de proyectos a fin de mejorar la presentación de informes a los donantes y asegurar que todo recurso recibido se ejecutara de manera eficiente ya que, en el pasado, su capacidad para atraer recursos se había visto afectada algunas veces por las tasas lentas de ejecución y la presentación inadecuada de informes.

178. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

---

<sup>9</sup> Véanse:

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1864&Itemid=40713&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1864&Itemid=40713&lang=es); y [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=1159&Itemid=986](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1159&Itemid=986)



***Propuesta para el uso del saldo del excedente presupuestario y del excedente de la implementación de las IPSAS (documento CE156/21)***

179. La señora Natalie St. Lawrence (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había considerado una propuesta de la Oficina para el uso del saldo no asignado del excedente que había quedado después de la implementación de las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (IPSAS) en el 2010 y un excedente del presupuesto ordinario que había quedado a fines del 2014. La Oficina tenía la intención de usar los fondos excedentes de las iniciativas de inversiones a largo plazo en las áreas de recursos humanos y de tecnología de la información. El Subcomité había apoyado los usos propuestos, pero había solicitado información más detallada, incluso una explicación de los criterios aplicados para seleccionar y priorizar las diversas propuestas y proyectos, además de un desglose de cómo se asignarían los fondos dentro de las áreas propuestas de inversión. Esa información se había incluido en el documento CE156/21.

180. El señor Gerald Anderson (Director de Administración, OSP), al presentar el documento CE156/21, explicó que se proponía invertir el saldo de las IPSAS y los excedentes presupuestarios, que ascendían a poco más de \$3 millones, en dos áreas: *a)* apoyo a la ejecución de la estrategia de tecnología de la información de la OSP (véanse los párrafos 203 a 206 más adelante), lo que le permitiría a la Oficina mejorar sus capacidades de tecnología de la información para patrocinar mejor el proyecto del Sistema de Información Gerencial de la OSP (véanse los párrafos 256 a 262 más adelante) y mejorar la conectividad a internet en las representaciones, y *b)* apoyo a la ejecución de la estrategia de recursos humanos de la Oficina Sanitaria Panamericana (véanse los párrafos 221 a 228 más adelante), incluida la modernización del software de contratación y el apoyo a los sistemas, que le permitirían a la Oficina ofrecer al personal más opciones de capacitación y formación.

181. En el debate del tema por parte del Comité Ejecutivo, se apoyaron los usos propuestos de los fondos, en particular los proyectos de tecnología de la información. Se señaló, sin embargo, que muchos de esos proyectos todavía no tenían financiamiento y se solicitó información sobre los planes de la Oficina para el financiamiento a largo plazo de las necesidades de tecnología de la información. Con respecto a la estrategia de recursos humanos, un delegado preguntó si la estrategia misma debía aprobarse antes de que se autorizara el financiamiento de su ejecución.

182. El señor Anderson aclaró que en la propuesta contenida en el documento CE156/21 se estipulaba el financiamiento solo para algunos aspectos de la estrategia de recursos humanos, cuyo alcance era amplio y presentaba un enfoque integral para atender las necesidades de recursos humanos de la Oficina, a mediano y largo plazo. La estrategia de tecnología de la información presentaba sugerencias con respecto al nivel de financiamiento que la Oficina debía dedicar a las necesidades de tecnología de la información y cómo debían distribuirse los fondos entre los proyectos para mantener el funcionamiento de los sistemas existentes y permitir a la Oficina implantar sistemas nuevos, además de ampliar sus capacidades de tecnología de la información. El

financiamiento para esos proyectos se asignaría como parte del proceso de presupuestación normal para cada bienio, a partir del bienio 2016-2017.

183. El Comité aprobó la resolución CE156.R8, con la recomendación de que el Consejo Directivo aprobara la asignación del saldo de las IPSAS y los excedentes presupuestarios de acuerdo a lo propuesto en el documento CE156/21.

***Programación del excedente de los ingresos (documento CE156/22)***

184. La señora Natalie St. Lawrence (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había considerado una propuesta de la Oficina para utilizar un excedente de ingresos resultante del reintegro de un préstamo de \$10 millones otorgado al Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas. Los fondos se usarían para inversiones estratégicas a largo plazo en el mantenimiento y el mejoramiento de los inmuebles, reemplazo de vehículos, respuesta a las emergencias ocasionadas por enfermedades infecciosas y mayor capitalización del Fondo Rotatorio de Suministros Estratégicos de Salud. El Subcomité había solicitado información más detallada sobre los usos propuestos de los fondos y la justificación de su selección. Esa información se había incluido en el documento CE156/22.

185. El señor Gerald Anderson (Director de Administración, OSP) señaló que se usaría parte de los fondos excedentes para financiar algunas de las reparaciones y mejoras de seguridad y de protección establecidas en el Plan Maestro de Inversiones de Capital (véanse los párrafos 191 a 198 más adelante).

186. El Comité Ejecutivo respaldó la propuesta de programación del excedente de ingresos según se establecía en el documento CE156/22 (decisión CE156[D3]).

***Seguro de enfermedad tras la separación del servicio (documento CE156/23)***

187. La señora Natalie Saint Lawrence (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) dijo que el Subcomité había recibido un informe sobre los pasos que se estaban dando para garantizar el financiamiento adecuado del seguro de enfermedad tras la separación del servicio (ASHI) para los funcionarios jubilados de la OPS y las opciones que estaban bajo consideración para financiar la obligación a largo plazo. Los Miembros del Subcomité habían expresado su agradecimiento por los esfuerzos de la Oficina a fin de garantizar el financiamiento suficiente para cumplir con la obligación del ASHI y habían recibido con agrado la fusión de los fondos de la OMS y de la OPS, la cual se esperaba que diera lugar a una mayor eficiencia operacional para lograr un mayor rendimiento de la inversión.

188. En el debate del Comité sobre el tema, se consideró que la consolidación de activos de la OMS y de la OPS brindaba oportunidades de promover mayor eficiencia en la administración de los fondos, pero se señaló que el arreglo exigiría una vigilancia cuidadosa por la Oficina, para que los Estados Miembros pudieran mantenerse plenamente informados acerca del estado del financiamiento de esa obligación.

189. El señor Gerald Anderson (Director de Administración, OSP) señaló que desde la preparación del documento CE156/23, se habían sostenido más conversaciones acerca de la ejecución del plan para fusionar los activos. El funcionario de la OMS con la responsabilidad general del seguro de enfermedad del personal visitaría la Oficina en breve para tratar diversos temas, entre otros la metodología para llevar a cabo el seguimiento de la proporción de la OPS del activo y de la obligación. La OMS y la OPS utilizarían la misma empresa actuarial para efectuar las evaluaciones ordinarias de la obligación por prestaciones definidas para el futuro, basada en un censo de todos los funcionarios, activos y jubilados, que eran miembros de la Caja del Seguro de Enfermedad del Personal. La Oficina prepararía actualizaciones adicionales para las sesiones futuras del Comité Ejecutivo. Además, la información sobre el estado de la obligación por prestaciones definidas de la OPS siempre se incluía en el Informe Financiero anual del Director, y después de la mancomunación de los fondos esa información también estaría disponible en el informe anual de la Caja del Seguro de Enfermedad del Personal.

190. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

***Informe sobre el Fondo Maestro de Inversiones de Capital y la nueva evaluación de los proyectos relativos a los bienes inmuebles incluidos en el Plan Maestro de Inversiones de Capital (documento CE156/24, Rev.1)***

191. La señora Natalie Saint Lawrence (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) dijo que el Subcomité había sido informado de que, sobre la base de los resultados de una evaluación realizada en el 2014, el costo de las reparaciones a los edificios propiedad de la OPS se calculaba en \$66,9 millones, de los cuales \$55 millones estaban relacionados con el edificio de la Sede. También se había informado que la Oficina emprendería otros análisis de los resultados de la evaluación y prepararía un informe acerca de la factibilidad y la asignación de prioridades de todas las diversas opciones. El Subcomité había solicitado aclaración sobre cómo había llegado la Oficina a los cálculos de costos y había pedido otras explicaciones sobre las reparaciones específicas necesarias en el edificio de la Sede y la considerable diferencia en las cantidades presupuestadas para la Sede y para las representaciones en los países. Se había instado a la Oficina a que estudiara la posibilidad de reubicación a locales arrendados, en lugar de pagar por reparaciones a edificios anticuados propiedad de la Organización.

192. El señor Bruce Leech (Director, Departamento de Operaciones de Servicios Generales, OSP) subrayó que si bien la Oficina reconocía la importancia de contar con oficinas seguras, protegidas y funcionales, los recursos financieros disponibles para alcanzar esa meta eran cada vez más escasos. La Oficina también estaba consciente de que la propiedad de edificios e instalaciones anticuados estaba asociada con el aumento de las obligaciones ya que los locales se deterioraban con el transcurso del tiempo. Los resultados de la evaluación de las condiciones de los edificios habían sido objeto de un análisis más detallado por un consultor independiente especializado en bienes inmuebles. Este consultor había tenido en cuenta los riesgos y las oportunidades que se plantearían a la Organización al emprender las reparaciones y las renovaciones necesarias, el capital

pertinente y los costos operativos continuos, las diversas opciones disponibles para consideración y sus costos y riesgos respectivos, los problemas asociados con las interrupciones, tanto logísticas como institucionales, y la factibilidad de ejecutar las recomendaciones del Departamento de Seguridad y Vigilancia de las Naciones Unidas.

193. Las conclusiones de ese análisis habían sido que la OPS debía ejecutar las reparaciones y renovaciones identificadas para los locales de las representaciones que son propiedad de la OPS, que la reubicación del edificio de la sede principal de la OPS se consideraba como la opción de menor costo y riesgo en comparación con la remodelación, y que la Organización debía emprender un estudio de factibilidad detallado de las opciones disponibles de reubicación. A la espera de los resultados de ese estudio, la OPS debía iniciar las reparaciones urgentes mínimas para garantizar la seguridad e integridad del edificio de la sede de la OPS.

194. Al tiempo que recibía con agrado el informe integral, una delegada afirmó la necesidad de que los funcionarios de la OPS trabajaran en condiciones seguras, lo que implicaba que, a corto plazo, las reparaciones urgentes necesarias en la Sede y en las representaciones en los países deberían ser una prioridad. Luego de considerar los planes de la Oficina para obtener financiamiento de la Cuenta Especial o del excedente de ingresos para los proyectos de renovación identificados, concluyó que siempre quedaría un déficit significativo y preguntó cómo había previsto cubrirlo la Oficina. Con respecto a las opciones de renovación o reubicación del edificio de la Sede, expresó sorpresa acerca del aumento propuesto de la asignación de espacio por persona y sugirió que debían considerarse otras opciones. En razón del diseño arquitectónico del edificio de la Sede, preguntó si las autoridades de Washington, D.C., quizá podrían estar interesadas en alguna forma de “designación de patrimonio histórico” que aportase financiamiento para las renovaciones.

195. El señor Leech hizo hincapié en que las opciones presentadas en el documento CE156/24, Rev. 1, tenían carácter ilustrativo solamente. El paso siguiente sería un estudio de factibilidad detallado con un análisis de las necesidades exactas de espacio de la Organización, de cómo podrían aprovecharse las modalidades modernas de trabajo colaborativo y cómo podrían aprovecharse las mejores prácticas actuales de construcción. Una cuestión fundamental sería la disponibilidad de espacio suficiente para las reuniones, que muchos edificios no tenían. Si se encontraba un edificio adecuado, su superficie bruta aumentaría el espacio de trabajo que se asignaba a cada funcionario.

196. La cuestión acerca de cómo se resolvería el déficit de financiamiento se consideraría una vez que se hubiera llevado a cabo el estudio de factibilidad detallado. La posibilidad de recibir ayuda de las autoridades de Washington para remodelar el edificio de la sede de la OPS sería analizada también en el estudio de factibilidad. Sin embargo, había limitaciones considerables para renovar un edificio con valor arquitectónico, cuya propiedad tendía a constituir una obligación en lugar de un recurso.

197. La Directora observó que sin duda el tema era importante tanto para los Estados Miembros como para la Oficina ya que se trataba de sumas de dinero significativas, en

particular con respecto al edificio de la Sede. Era obvio que se necesitaban otros análisis antes de considerar cómo se financiaría el proyecto. Entretanto, era imprescindible garantizar la seguridad del personal, no solo en cuanto a la integridad de la infraestructura física sino también a las mejoras que debían hacerse por motivos de seguridad. La Oficina presentaría al Consejo Directivo una cifra aproximada del costo de las reparaciones urgentes necesarias en la Sede y las mejoras imprescindibles para velar por la seguridad del personal.

198. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

***Situación de los proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial de la OPS (documento CE156/25)***

199. La señora Natalie Saint Lawrence (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) dijo que el Subcomité había recibido información sobre la conclusión de 10 de los 14 proyectos, cuyo financiamiento a partir de la Cuenta Especial había aprobado originalmente el 48.º Consejo Directivo y que era probable que la Cuenta Especial estuviese cerrada para fines del 2015, una vez que se hubiera desembolsado el saldo restante de \$3,3 millones. Entretanto, el Proyecto de Modernización del Sistema de Información Gerencial de la OSP todavía estaba en marcha, mientras que tres proyectos relacionados con las mejoras a los edificios estaban en suspenso, a la espera de la evaluación de las condiciones de todos los edificios propiedad de la OPS. El Subcomité había alentado a la Oficina a que modificara los proyectos que estaban en suspenso y a que reorientara los fondos correspondientes, según fuese necesario, a la luz de los resultados de la evaluación de las condiciones de los edificios.

200. El señor Daniel Walter (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) informó que desde la preparación del documento CE156/25, uno más de los 14 proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial ya se había ejecutado en su totalidad. El saldo que quedaba en la Cuenta Especial ascendía a \$3,17 millones, que la Oficina había propuesto transferir al Fondo Maestro de Inversiones de Capital para atender algunas de las necesidades apremiantes señaladas en la evaluación de alcance regional de las condiciones de los edificios (véanse los párrafos 191 a 198 anteriores).

201. La Directora alentó a los Estados Miembros a que apoyaran esa propuesta.

202. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE156.R7 sobre la transferencia de \$3,17 millones de la Cuenta Especial al Fondo Maestro de Inversiones de Capital.

***Informe sobre la estrategia de tecnología de la información de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CE156/26)***

203. La señora Natalie Saint Lawrence (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) dijo que el Subcomité había examinado una versión preliminar de la estrategia propuesta de tecnología de la información de la Oficina Sanitaria Panamericana y había recibido información de que la estrategia se había

elaborado tomando como base una evaluación de las capacidades de tecnología de la información de la Oficina, efectuada en el 2014. También se había informado al Subcomité que la estrategia proporcionaría los mecanismos y las herramientas para velar por que las inversiones en tecnología de la información estuviesen vinculadas a las prioridades estratégicas de la Organización y que mejoraría la comunicación, aumentaría la calidad y reduciría el costo de la cooperación técnica, además de asegurar que la infraestructura de tecnología de la información de la Oficina apoyara eficazmente el nuevo Sistema de Información Gerencial de la OSP.

204. El Subcomité había encomiado la labor de la Oficina al elaborar una estrategia de tecnología de la información que garantizaría el apoyo óptimo a las funciones de cooperación técnica de la Organización. Los Miembros habían recibido con beneplácito la importancia asignada en la estrategia a la sostenibilidad y a asegurar que los sistemas se mantuvieran actualizados, al tiempo que subrayaron que todas las necesidades de tecnología de la información debían identificarse correctamente, en especial las relativas a la ejecución de la estrategia de recursos humanos y el PMIS. El Subcomité solicitó a la Oficina que presentara un presupuesto detallado para la aplicación plena de la estrategia y que pusiera la evaluación del 2014 al alcance de todos los Estados Miembros.

205. La Directora explicó que la evaluación del 2014 había revelado puntos débiles graves en la infraestructura de tecnología de la información de la Oficina y que de ella habían surgido algunas recomendaciones importantes para el mejoramiento. La estrategia respondía a esos resultados y debía aplicarse sin dilación para apoyar las funciones de la Oficina y permitirle responder de manera más eficaz a las necesidades cada vez mayores de cooperación técnica.

206. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

***Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (documento CE156/27, Rev. 1)***

207. El señor David O'Regan (Auditor General, Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación, OSP), al destacar los puntos principales del informe, hizo hincapié en la coordinación y la colaboración de la Oficina con otras fuentes de información, en particular con el Auditor Externo y la Oficina de Servicios de Supervisión Interna de la OMS, y observó que el intercambio de información era importante para potenciar al máximo la cobertura de auditorías y, al mismo tiempo, evitar la duplicación. También señaló que una auditoría interna de la función de gestión de los riesgos institucionales había revelado algunas de las mejoras necesarias, aunque muchas de las recomendaciones de IES a este respecto ya se habían llevado a la práctica. El nivel de aplicación de la mayoría de las recomendaciones había sido muy fructífero, según se reflejaba en los datos presentados en el informe. La opinión general de IES sobre el entorno de control interno de la Organización era que había habido un mejoramiento constante.

208. En el debate que siguió, se ratificaron las recomendaciones del informe y se subrayó la necesidad de que la Oficina fortaleciera su capacidad de gestión de proyectos, para permitirle manejar proyectos grandes y atraer mayores contribuciones de los donantes. Se sugirió que debería ponerse a disposición de los Estados Miembros más información sobre el proyecto Mais Médicos a fin de que se comprendiera mejor en qué forma la Oficina estaba identificando y mitigando los riesgos asociados con el proyecto.

209. El señor O'Regan respondió que los temas relativos a la gestión de proyectos se encontraban entre las prioridades máximas de su oficina y se estaban abordando con el personal directivo superior. Con respecto a Mais Médicos, señaló que IES había contratado a otro funcionario dedicado exclusivamente a monitorear los riesgos relacionados con el proyecto.

210. La Directora expresó su agradecimiento por la disposición del señor O'Regan a considerar las recomendaciones de IES con el personal directivo superior, que tomaba muy en serio estas recomendaciones. Estuvo de acuerdo en que la Oficina tenía que mejorar su capacidad de gestión de proyectos importantes. En el caso de Mais Médicos, había hecho inversiones considerables para asegurar el control interno, entre ellas, un estudio detallado de la gestión de riesgos, que se actualizaba continuamente. Había también un funcionario de cumplimiento en Brasil. El estado del proyecto era analizado por lo menos cada dos meses por el personal directivo superior para garantizar la evaluación constante de los controles internos, al igual que la eficacia y la eficiencia de su ejecución. Aunque Mais Médicos exigía la atención cercana de la gerencia, también representaba una experiencia de aprendizaje para la Organización, y estaba segura de que alcanzaría sus metas.

211. Con respecto a la gestión de los riesgos institucionales, el personal directivo superior había implantado un mecanismo para identificar los 10 riesgos más significativos para la Organización y había establecido un programa para el seguimiento de esos riesgos en forma sistemática. Se estaban considerando otras medidas para fortalecer la gestión de riesgos. Aunque todas las diversas auditorías y las evaluaciones parecían indicar que la Oficina estaba fortaleciendo su entorno de control interno y de ese modo velaba por una mayor transparencia y rendición de cuentas, todavía quedaba trabajo por hacer, y la gerencia seguía esforzándose por que la OPS fuese una organización de la cual los Estados Miembros pudieran estar orgullosos.

212. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

***Actualización sobre el nombramiento del Auditor Externo de la OPS para el bienio 2016-2017 (documento CE156/28)***

213. La señora Natalie Saint Lawrence (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había recibido información de que el mandato del Auditor Externo actual de la OPS, el Tribunal de Cuentas de España, terminaría al final del bienio en curso. Para mantener la continuidad mientras el proyecto del Sistema de Información Gerencial de la OSP estaba terminándose, la Oficina había

indicado que debería mantenerse el Auditor Externo actual por un bienio más y señaló que el Tribunal de Cuentas de España había manifestado su voluntad de hacerlo. El Subcomité había respaldado la sugerencia de la Oficina. Se había propuesto que, para mantener la uniformidad con otras organizaciones internacionales, la OPS quizá podría considerar el nombramiento de su Auditor Externo por un único término no renovable de seis años.

214. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

***Modificaciones del Reglamento Financiero y la Reglas Financieras de la OPS (documento CE156/29)***

215. La señora Natalie Saint Lawrence (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) indicó que el Subcomité había examinado las modificaciones propuestas del Reglamento Financiero de la OPS y había recibido información de que todas guardaban relación con el cambio hacia un programa y presupuesto integrado. El Subcomité había solicitado la aclaración sobre varios asuntos, entre otros, el grado de flexibilidad en el uso de los diversos componentes del programa y presupuesto y si la nueva redacción propuesta del párrafo 4.1 debería modificarse para dejar claro que el programa y presupuesto se aprobaría con un tope específico. Se habían hecho varias preguntas con relación a la nueva terminología del Reglamento, y se había solicitado información acerca de cómo funcionarían los adelantos internos y el uso del Fondo de Trabajo según el Reglamento modificado. Se había sugerido que todo el Reglamento Financiero debería incluirse en el documento, a fin de permitir que los Estados Miembros vieran los cambios propuestos en su contexto.

216. El señor Gerald Anderson (Director de Administración, OSP) señaló que el documento CE156/29 cumplía con la solicitud del Subcomité de recibir información adicional y también incluía todo el Reglamento Financiero, en el que se mostraban todos los cambios. Con respecto a la pregunta de cómo funcionaría el Fondo de Trabajo, hizo hincapié en el párrafo 8.3 (anteriormente 7.3), que estipulaba que ese Fondo se utilizaría solamente mientras se recibían los pagos pendientes de las contribuciones señaladas o de ingresos varios presupuestados y no los pagos pendientes de contribuciones voluntarias u otros ingresos.

217. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE156.R9, en la cual recomendó que el Consejo Directivo aprobara las modificaciones del Reglamento Financiero.

**Asuntos de relativos al personal**

***Modificaciones del Estatuto y el Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CE156/30)***

218. La señora Natalie Saint Lawrence (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) indicó que el Subcomité había considerado varias modificaciones propuestas del Estatuto y el Reglamento del Personal durante su novena



sesión. Se había informado al Subcomité que estas modificaciones se clasificaban en tres categorías amplias: primera, las modificaciones introducidas de conformidad con las decisiones adoptadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su sexagésimo noveno período de sesiones; segunda, las modificaciones introducidas para lograr la uniformidad con el Reglamento del Personal de la OMS; y tercera, las modificaciones introducidas considerando la experiencia y en aras de la buena gestión de los recursos humanos.

219. La primera categoría comprendía los ajustes a la remuneración del personal de las categorías profesional y superior, como resultado de las cuales los sueldos del personal en los puestos sin clasificar y el sueldo del Director también deberían ajustarse. Las modificaciones propuestas para asegurar la uniformidad con el Reglamento del Personal de la OMS tenía relación con la certificación médica y la vacunación, las pensiones, el seguro, la licencia por enfermedad, la jubilación y varios otros asuntos. Las tres modificaciones propuestas considerando la experiencia y en aras de la buena gestión de los recursos humanos se referían a la supresión de los puestos, la licencia administrativa y el subsidio de educación. El Subcomité había respaldado las modificaciones propuestas del Estatuto y el Reglamento del Personal.

220. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE156.R13, por medio de la cual aprobó las modificaciones propuestas del Estatuto y el Reglamento del Personal.

***Informe sobre la elaboración de la Estrategia de recursos humanos de la Oficina Sanitaria Panamericana: una estrategia para el personal (documento CE156/31)***

221. La señora Natalie Saint Lawrence (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había examinado una versión anterior del informe sobre la elaboración de la estrategia de recursos humanos de la Oficina y había recibido con agrado la filosofía que la sustentaba; además, reconoció la necesidad de que la Oficina contara con personal del mejor nivel para cumplir su misión, en particular con respecto a la ejecución del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Sin embargo, varios delegados habían cuestionado si algunas de las líneas estratégicas de acción estaban lo suficientemente bien diferenciadas. Se había solicitado información acerca de si la estrategia estaría en consonancia con la estrategia de recursos humanos de la OMS, en particular con respecto a la movilidad del personal. Se pidieron más detalles acerca de la repercusión financiera de la estrategia y los riesgos derivados de no ejecutarla. Aunque algunos delegados habían apoyado la propuesta de financiamiento de la estrategia, otros habían opinado que el informe no aportaba suficientes datos para justificar la utilización propuesta del excedente de la implementación de las IPSAS ni de los excedentes presupuestarios para esa finalidad (véanse los párrafos 179 a 183 anteriores).

222. La señora Kate Rojkov (Directora, Departamento de Gestión de Recursos Humanos, OSP) informó que, después de la presentación de la estrategia al Subcomité, había tenido lugar un debate a nivel de toda la Organización, abierto a todo el personal en todas las ubicaciones, acerca de diversos asuntos relacionados con los recursos humanos.

Se habían establecido tres grupos de trabajo para examinar los temas de la arquitectura de la fuerza laboral, renovación de las aptitudes y organización de las representaciones en los países, incluso de la composición del personal. Se esperaba que los grupos de trabajo finalizaran su trabajo a más tardar el 15 de julio. También señaló que la Región de las Américas había sido la primera entre todas las regiones de la OMS en introducir la rotación de los especialistas técnicos cada cinco años y había compartido las enseñanzas extraídas de esa experiencia con la OMS, que luego había decidido clasificar todos los puestos como rotatorios o no rotatorios.

223. En el debate que siguió se señaló que, si bien no quedaban dudas de que era aconsejable perfeccionar las aptitudes del personal, uno de los efectos posibles de la estrategia sería la modificación del perfil de los puestos, y se preguntó cómo se iba a mantener el equilibrio que garantizase la estabilidad de todos los programas de la Organización. Se instó a la Oficina a que incluyera a representantes de los ministerios de salud nacionales en el grupo de trabajo creado para ofrecer recomendaciones sobre la dotación de personal de las representaciones en los países, a fin de que se tuvieran en cuenta las metas y las prioridades de los países. Se consideraba importante lograr un equilibrio adecuado entre los costos y los beneficios de la política de movilidad. Se pidió a la Oficina que explicara los mecanismos propuestos para la selección de los candidatos sujetos a movilidad, así como aquellos previstos para evaluar las aptitudes de los funcionarios. Se subrayó la importancia de la transparencia y de adoptar criterios objetivos en los procesos de selección.

224. Con respecto a la estrategia de sucesión, se atribuyó importancia a la recomendación del Auditor Externo (véanse los párrafos 165 a 167 anteriores) en cuanto a la creación de un procedimiento estándar para captar el conocimiento de los funcionarios que se jubilaban, en especial una plantilla para preparar sus informes finales. Se señaló que, además de fortalecer la memoria institucional de la Organización, esas medidas fomentarían una mayor transparencia.

225. La señora Rojkov aseguró al Comité que los temas planteados en el debate se estaban considerando. Por ejemplo, cualquier movimiento del personal desde la Región, hacia ella o dentro de la misma, tendría como finalidad fortalecer las aptitudes y las capacidades técnicas a todos los niveles. Su departamento estaba trabajando en estrecha colaboración con la oficina responsable de la gestión del conocimiento para asegurar que se estaban creando los mecanismos encaminados a captar el conocimiento institucional de los funcionarios que estaban cerca de la jubilación. La planificación integral de los recursos humanos ya se había iniciado para el bienio en curso y continuaría para el próximo bienio con respecto a todos los recursos humanos.

226. La Directora señaló que los recursos humanos eran el recurso más vital para una organización que prestaba cooperación técnica. Como resultaba evidente del informe sobre las estadísticas de dotación de personal (véanse los párrafos 229 a 232 más adelante), la Oficina había respondido al recorte presupuestario con la reducción del número de funcionarios. La Oficina tenía una fuerza laboral que estaba envejeciendo, ya que alrededor de 25% de los funcionarios se jubilarían dentro de tres o cuatro años; por

eso, a fin de satisfacer las necesidades de personal de conformidad con el Plan Estratégico 2014-2015 había empezado a implantar nuevas modalidades de prestación de la cooperación técnica. Un retiro de trabajo del personal que se había efectuado recientemente había brindado la oportunidad de examinar, en especial, cuáles eran los objetivos y los resultados que se esperaba alcanzar en cada una de las áreas programáticas, así como de analizar las competencias necesarias para permitir a la Oficina lograr los resultados previstos en el bienio 2016-2017. Por ejemplo, en el ámbito de la mortalidad materna, se necesitaban las aptitudes de un antropólogo social para ayudar a comprender por qué las mujeres indígenas y de ascendencia africana podían mostrarse renuentes a buscar servicios de salud. Por lo tanto, era importante que la Oficina aprovechara algunas de las vacantes debidas a las próximas jubilaciones para cerrar algunas de las brechas de aptitudes. Al mismo tiempo, el personal actual necesitaba capacitación en nuevas competencias y nuevas maneras de prestar la cooperación técnica.

227. Una característica de la Organización era que la movilidad de la carrera se limitaba a los niveles profesionales más altos y, por lo tanto, había necesidad de colaborar con los empleados para brindarles oportunidades de mejorar sus competencias de gestión y permitirles convertirse en personas capacitadas para competir por los puestos de gestión, lo que redundaba en beneficios para la Organización. La gerencia había colaborado estrechamente con el personal y, en particular, con la Asociación de Personal, en la preparación de la estrategia de recursos humanos con miras a implantar una estrategia que optimizase la capacidad de la Oficina de prestar cooperación técnica a nivel de país y colocase a la Organización como la principal institución de salud pública de la Región.

228. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

***Estadísticas con respecto a la dotación de personal de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CE156/32)***

229. La señora Natalie Saint Lawrence (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había examinado un informe en el que se destacaban diversos aspectos del perfil del personal actual de la Oficina, que incluía el número de funcionarios de plazo fijo y temporeros, su edad, los años de servicio y la movilidad del personal. Se había informado que la Oficina había tenido éxito en mantener la equidad de género en las categorías profesional y superior en la sede de la OPS. Sin embargo, la mayoría de los representantes de la OPS/OMS eran hombres y la Oficina estaba consultando con la Secretaría de la OMS con miras a mejorar el equilibrio entre los sexos en esos puestos. El Subcomité había recibido con agrado los esfuerzos por recopilar información acerca de las diversas categorías del personal, desglosadas por edad, sexo y por tipo de arreglos contractuales, todo lo cual contribuía a la transparencia. Los delegados habían atribuido especial importancia a la política de la Organización sobre la igualdad de género, adoptada en el 2005. Se había solicitado más información acerca de los arreglos contractuales que eran diferentes a los establecidos de conformidad con las normas de las Naciones Unidas, y si había políticas encaminadas a garantizar la transferencia de conocimientos y aptitudes cuando los funcionarios se jubilaban.

230. En el debate del tema por el Comité, este recibió con agrado el compromiso de la Oficina para asegurar la paridad entre los sexos a todos los niveles y la alentó a que prosiguieran esos esfuerzos. Se reconoció que los jubilados podrían prestar un servicio valioso con respecto a la transferencia de conocimientos y la continuidad de los programas y que la prórroga de los contratos más allá de la edad de la jubilación, por consiguiente, estaba justificada en algunos casos. Sin embargo, se pidió aclaración acerca de las condiciones bajo las que podría prorrogarse el contrato de un funcionario después de la edad de jubilación y de si había un límite en la duración de la prórroga o en el número de veces que podría otorgarse una prórroga.

231. La señora Kate Rojkov (Directora, Departamento de Gestión de Recursos Humanos, OSP) dijo que, según lo establecido en el Estatuto del Personal y el Reglamento del Personal la prórroga más allá de la edad de jubilación era una prerrogativa del Director y se hacía solamente si redundaba en ventajas para la Organización. Los contratos se prorrogaban solo por un año a la vez y solo hasta la edad de 65 años para los funcionarios cuya edad de jubilación obligatoria fueran los 62 años o hasta los 68 para quienes la edad de jubilación obligatoria fueran los 65. Las políticas de la Oficina en ese sentido eran plenamente compatibles con las de la OMS y otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas.

232. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

***Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS (documento CE156/33)***

233. La señora Carolina Báscones (Secretaria General de la Asociación de Personal de la OPS/OMS), al subrayar el compromiso del personal de la Oficina con la cooperación internacional en materia de salud y el logro del mandato de la Organización, destacó los temas que la Asociación de Personal deseaba poner en conocimiento del Comité Ejecutivo. La relación de trabajo entre la Asociación de Personal y la Gerencia Ejecutiva podía considerarse como una relación cordial de respeto mutuo y cooperación. Si bien la franqueza demostrada por la administración actual había ayudado a enriquecer el diálogo y la toma de decisiones, para que ese diálogo pudiera ser verdaderamente productivo las contribuciones de los representantes del personal a los esfuerzos institucionales de la Organización debían reconocerse y mencionarse específicamente el valor agregado por el personal en el contexto de los grupos de trabajo conjunto del personal y la administración, los comités de selección, el Comité de Pensiones del Personal, y el Consejo Mundial de Personal/Administración de la OMS, entre otros.

234. Con respecto a la estrategia de recursos humanos de la Oficina, a la Asociación le complacía observar que el proceso de consulta se había reestructurado y se habían establecido tres grupos de trabajo (véase el párrafo 222 anterior). La Asociación tenía representantes en cada grupo de trabajo. Para la Asociación, el elemento más importante en la estrategia de recursos humanos de la Oficina era que debía asegurar no solo la reestructuración del personal sino también el mejoramiento de las capacidades

institucionales para la prestación de cooperación técnica oportuna y de calidad a los Estados Miembros.

235. En principio, la Asociación de Personal no se oponía a la rotación del personal ni a la movilidad, que formaban parte del sistema de la administración pública internacional. Sin embargo, todavía no estaba claro cómo la política de movilidad de la OMS funcionaría en la práctica. Debía entenderse que los puestos de la OPS no eran puestos de la OMS y viceversa. Al personal de la OMS que deseaba ocupar un puesto en la OPS debería exigírsele que siguiera el mismo procedimiento que los funcionarios de la OPS que aspiraban a llenar una vacante en la OMS, a través de una selección por concurso. Todos los candidatos debían satisfacer al menos los requisitos mínimos estipulados. Además, cuando el personal de la OMS se incorporaba a la OPS, debía cumplir su período de prueba como cualquier otro funcionario nuevo, igual que los funcionarios de la OPS hacían cuando iban a trabajar a la OMS.

236. Con respecto a la administración de justicia en la Oficina, la Asociación deseaba felicitar a la Junta de Apelación por la resolución de los casos pendientes. La confianza en la resolución de conflictos mejoraba cuando los miembros del personal tenían acceso a la información, cuando el proceso era justo y legal con todas las garantías, y cuando se alcanzaban las decisiones en un lapso razonable.

237. La Directora expresó su agradecimiento a la Asociación de Personal y señaló que se había establecido una relación respetuosa, abierta y transparente, aunque había la comprensión clara de que en algunos casos el personal y la dirección diferían en sus apreciaciones. Se había reunido regularmente con la Asociación y, personalmente, se había beneficiado mucho del conocimiento institucional de la Asociación. Deseaba reiterarle a todo el personal que la Asociación, en su relación con ella, representaba los mejores intereses del personal, a la vez que se mantenía consciente de los objetivos generales de la Organización.

### **Asuntos de información general**

#### ***Proyecto de presupuesto por programas 2016-2017 de la OMS (documento CE156/INF/1)***

238. La señora Natalie St. Lawrence (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó sobre el debate en el Subcomité de una versión preliminar del proyecto de presupuesto por programas de la OMS 2016-2017, observando que el Subcomité había alentado a la Secretaría de la OMS a que identificara indicadores apropiados para esas áreas en las que todavía no se habían definido las metas y los indicadores y había sugerido que quizá sería ventajoso para la OMS utilizar indicadores elaborados a nivel regional, en particular los formulados en la Región de las Américas como parte del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019.

239. El señor Daniel Walter (Director, Departamento de Planificación y Presupuesto, OSP) señaló que el documento CE156/INF/1 se había preparado antes de la

68.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo del 2015. La Asamblea de la Salud había aprobado el presupuesto por programas de la OMS con un aumento de 8% para los programas básicos, a ser financiado totalmente a partir de las contribuciones voluntarias. La asignación de la OMS a la Región de las Américas también había aumentado en 8%. La fórmula de la asignación estratégica de los márgenes presupuestarios respaldada por el Consejo Ejecutivo de la OMS beneficiaría aún más a la Región al proporcionar recursos adicionales para la cooperación técnica con los países, pero no entraría en vigor hasta el bienio 2018-2019.

240. En el debate subsiguiente, se subrayó que debía efectuarse una evaluación de la ejecución del presupuesto por programas 2014-2015 con miras a garantizar el uso eficaz de los recursos asignados de conformidad con el presupuesto por programas 2016-2017. También se subrayó la necesidad de contar con una política fortalecida y un marco de control financiero para mejorar la planificación, el seguimiento y la presentación de informes. Se reconoció que la OMS debía tener recursos suficientes para seguir llevando a cabo sus funciones estatutarias de manera eficaz, pero se recomendó una política de moderación en el presupuesto de la Organización. Se apoyó el crecimiento nominal cero en las contribuciones señaladas, y se instó a la Secretaría de la OMS a que evitara contraer cualquier compromiso a mediano o a largo plazo que pudiera tener repercusiones automáticas en las contribuciones señaladas en los bienios futuros. Se pidió a la Directora que indicara si confiaba en que la Región iba a recibir su asignación total de la OMS en el bienio 2016-2017.

241. El señor Walter observó que la Región de las Américas recibía una proporción más pequeña del presupuesto de la OMS en comparación con las otras regiones y que, aun con el aumento de 8% del presupuesto por programas de la OMS para el 2016-2017, seguiría recibiendo la proporción más pequeña (5,4%). Por otro lado, el presupuesto de la OMS para la Región no se había financiado plenamente en el pasado reciente ni en el bienio en curso: actualmente, había un déficit de financiamiento de \$26 millones en la asignación de la OMS de \$164,9 millones para la Región. Sin embargo, la Oficina había recibido la seguridad de la Secretaría de la OMS de que podría financiar totalmente el presupuesto de la OMS para el 2016-2017, así como todas las asignaciones para cada región. El proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS para el bienio 2016-2017 se había formulado sobre la base de esa expectativa.

242. La Directora agregó que la Secretaría de la OMS había indicado que el presupuesto de la OMS ya estaba financiado en 70% y que esperaba movilizar el 30% restante mediante el diálogo financiero. Por consiguiente, la Oficina tenía la esperanza de que la proporción de la Región también sería financiada plenamente. Explicó que los fondos de la OMS eran desembolsados por partes y la recepción de cada parte dependía de la rapidez con que pudiera ejecutarse la anterior. Garantizó al Comité que la Oficina haría lo máximo que estuviera a su alcance para ejecutar con prontitud todos los fondos recibidos de la OMS y de todas las otras fuentes.

243. El Comité tomó nota del informe.

***Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015: informe final (documento CE156/INF/3)***

244. El doctor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) recordó que las metas regionales para los recursos humanos para la salud se habían adoptado en respuesta al Llamamiento a la Acción de Toronto y se habían definido para responder a los cinco retos fundamentales descritos en el documento CE156/INF/3. En el documento se resumían los principales resultados en el progreso hacia las 20 metas regionales y constituía el informe final sobre la aplicación de la resolución CSP27.R7, mediante la cual la Conferencia Sanitaria Panamericana había adoptado las metas en el 2007. Debido a que solo 15 países habían participado en ambas evaluaciones del progreso, los resultados presentados no reflejaban a cabalidad la situación de toda la Región. Sin embargo, el informe presentaba las enseñanzas extraídas más importantes del proceso y serviría como una contribución importante a la elaboración de la *Estrategia mundial de la OMS sobre los recursos humanos para la salud* y la determinación de las prioridades regionales con miras a fortalecer las políticas sobre los recursos humanos para la salud destinados a apoyar el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

245. En el debate que siguió, los Estados Miembros afirmaron su compromiso con el fortalecimiento de los recursos humanos para la salud y subrayaron la necesidad de esfuerzos continuos para formar esos recursos como un requisito esencial para el logro de la cobertura universal de salud. Se señaló que en el párrafo 11 del informe se indicaba que la metodología para medir el progreso hacia las metas regionales no se había diseñado para hacer comparaciones; no obstante, los datos presentados en el anexo al documento parecían hacerlo, y los indicadores parecían haberse elegido con el propósito de asegurar la comparabilidad. Se solicitó aclaración de esa contradicción evidente. El Delegado de México dijo que presentaría información actualizada sobre las actividades de su país con respecto a los recursos humanos para la salud.

246. El doctor Fitzgerald explicó que la metodología de medición había evaluado el progreso relativo de los países con respecto a los puntos de comparación establecidos, pero no su progreso en relación con otros países. Era difícil hacer comparaciones entre los países porque había diferencias pronunciadas en sus sistemas y sus políticas de salud. La evaluación había mostrado un progreso considerable, pero se necesitaba el esfuerzo continuo para hacer converger las políticas sobre recursos humanos para la salud con la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. La evaluación había destacado varios retos que aportaban una base sólida para el trabajo futuro con relación a la distribución de los recursos humanos para la salud, la proporción de médicos expresada como porcentaje del total de la fuerza laboral médica, la presencia de equipos de atención primaria de salud y la gobernanza de los recursos humanos para salud.

247. La Directora estuvo de acuerdo en que los recursos humanos para la salud eran un elemento indispensable para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Debido a que la Oficina seguía recibiendo solicitudes de cooperación técnica

con relación a los recursos humanos para la salud, sería aconsejable formular un nuevo plan, aprovechar las enseñanzas extraídas del esfuerzo para lograr las metas regionales y abordar las deficiencias reveladas en la evaluación.

248. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

***Evaluación del Plan de acción para la ejecución de la política en materia de igualdad de género y líneas estratégicas de acción propuestas (documento CE156/INF/4)***

249. El doctor Cuauhtémoc Ruíz Matus (Director Interino, Departamento de Familia, Género y Curso de la Vida, OSP) dijo que el informe contenido en el documento CE156/INF/4 resumía el progreso logrado en la Región en los 10 años siguientes a la adopción de la Política en Materia de Igualdad de Género de la OPS. Los datos para el informe se habían derivado de informes nacionales presentados en respuesta a los cuestionarios autoadministrados y en consultas con diversos interesados directos y sectores, entre otros, la sociedad civil y organizaciones de las Naciones Unidas. En el informe se describían los éxitos y los retos con respecto a la reducción de la desigualdad en materia de género en la esfera de la salud mediante la integración de la perspectiva de género en el sector de la salud. También presentaba los principales logros alcanzados de acuerdo con las cuatro áreas estratégicas del plan de acción para la aplicación de la política en materia de igualdad de género.

250. Al destacar algunos de los resultados de la evaluación del plan de acción, observó que 59% de los países y territorios habían informado contar con políticas o planes de salud y género, que habían tenido una marcada repercusión en el diseño de programas específicos con una perspectiva de género; 88% de los Estados Miembros y 72% de las áreas técnicas de la Oficina estaban desglosando los datos por sexo, lo cual había resaltado más las desigualdades y facilitado la medición de la repercusión de las intervenciones encaminadas a reducirlas. Además, los Estados Miembros informaron que había aumentado la participación de la sociedad civil y otros asociados en la formulación de planes y programas destinados a responder a las diferentes necesidades de salud relacionadas con el género y a mejorar la rendición de cuentas.

251. Aunque se habían logrado avances considerables, seguían existiendo dificultades, en particular con respecto al financiamiento y la sostenibilidad de las iniciativas de la perspectiva de género y el monitoreo del compromiso del sector de la salud con la integración de la perspectiva de género. El informe presentaba tres líneas estratégicas de acción para el período 2015-2019, con el propósito de hacer frente a esas dificultades y responder a las necesidades actuales señaladas por los Estados Miembros.

252. El Comité Ejecutivo recibió con agrado el progreso logrado en la aplicación de la Política en Materia de Igualdad de Género de la OPS y reconoció la necesidad del trabajo continuo para alcanzar plenamente las metas de la política. Los delegados reafirmaron el compromiso de sus gobiernos con la igualdad de género y describieron sus iniciativas en ese sentido. Se apoyaron las líneas estratégicas de acción propuestas para el período 2015-2019, pero se solicitó una aclaración con respecto a sus repercusiones para los



Estados Miembros, si iban a presentarse más adelante como objetivos generales con otros indicadores y cuánto financiamiento se necesitaría para llevar a cabo las actividades estipuladas de acuerdo con ellos.

253. El doctor Ruíz Matus explicó que las líneas estratégicas de acción no constituían un nuevo mandato ni un plan de acción y que no se propondrían nuevos objetivos ni indicadores. El objetivo de las líneas estratégicas de acción era reforzar y continuar el trabajo ejecutado por los Estados Miembros y la Oficina de acuerdo al plan de acción, además de reafirmar y consolidar el compromiso de la Organización con el logro de la igualdad de género en materia de salud.

254. La Directora dijo que la política seguía vigente y seguía aplicándose en todas las políticas y los programas de la OPS, todos los cuales eran examinados por un subcomité dentro de la Unidad de Género y Diversidad Cultural de la Oficina para asegurar que incorporaban la perspectiva de género. Aunque en la Región se habían logrado avances hacia la igualdad de género en materia de salud, seguía existiendo la necesidad de promoción de la causa y de seguimiento del monitoreo. En su opinión, debía llevarse a cabo un análisis, con la participación de asociados externos, así como de los Estados Miembros, a fin de contar con una evaluación independiente acerca de la situación con respecto a la igualdad de género 10 años después de la adopción de la política y para determinar las enseñanzas que se habían aprendido, lo que había cambiado y lo que todavía quedaba por hacer. Un aspecto del tema que exigía especial atención era la situación de los hombres jóvenes, que parecían ser un grupo cada vez más vulnerable en muchas sociedades. Por consiguiente, sugirió que la Oficina debería examinar el costo y la factibilidad de emprender esa evaluación y trabajar con los asociados y los interesados directos para llevarla a cabo.

255. El Comité tomó nota del informe.

***Situación de la modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana (PMIS) (documento CE156/INF/5)***

256. La señora Natalie Saint Lawrence (Representante del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) observó que el Subcomité había recibido la información de que, en el 2014, la Oficina había empezado a implementar su nuevo sistema de información gerencial. Entre los pasos dados hasta ahora se encontraban la selección del personal de la Oficina para formar el equipo central del proyecto y la contratación de un director externo del proyecto. También se había comunicado al Subcomité que, en abril del 2015, llegarían a Washington dos funcionarios de la OMS para facilitar la integración del PMIS con el Sistema Mundial de Gestión de la OMS. También ayudarían con las pruebas que se harían en junio y julio, con la intención de que los datos se intercambiaran sin problemas a través de los dos sistemas.

257. El señor Esteban Alzamora (Director Interno del Proyecto PMIS, OSP) expuso los antecedentes del proyecto de modernización, el PMIS, a partir del 2004, cuando la Oficina había empezado a estudiar las opciones de modernización de sus sistemas de

información gerencial. En el bienio 2005-2006, se había efectuado un estudio de costos relativo a la implantación del Sistema Mundial de Gestión de la OMS en la OSP; a lo largo del 2007 y el 2008 la Oficina había analizado si un determinado sistema de planificación de recursos empresariales (ERP) sería adecuado para sus finalidades; y en el 2009 y el 2010 había elaborado los principios rectores para ese sistema, luego de analizar diferentes opciones, incluso sus costos. En el 2010, el 50.º Consejo Directivo había aprobado la resolución CD50.R10, para respaldar la modernización, aprobar los principios rectores, las modificaciones mínimas y las adaptaciones para la Oficina de un sistema de ERP; además, se aprobó un presupuesto de \$20,3 millones, con \$10 millones de financiamiento inicial que se obtendrían de la Cuenta Especial. Cada una de las etapas, desde ese punto hasta el presente, se describían detalladamente en el documento CE156/INF/5.

258. A principios del 2015, había empezado a funcionar la fase 1 del proyecto, que abarcaba los componentes de la gestión del capital humano y la nómina de sueldos. La capacitación para el componente de licitación del sistema, que sería puesto en práctica en septiembre del 2015, estaba prácticamente terminada. La configuración de la fase 2, que abarcaba finanzas, presupuesto y compras, estaba en curso y la puesta a prueba empezaría a principios de julio del 2015. Esa fase empezaría a funcionar en enero del 2016. Los fondos gastados o previstos para el desembolso todavía se encontraban dentro del presupuesto total calculado de \$22,5 millones, y el proyecto estaba avanzando de acuerdo con el cronograma muy ajustado que se había establecido.

259. En el debate que siguió, un delegado observó que muchos países de la Región estaban muy atrasados con respecto a la tecnología de la información. Se preguntaba si sería posible crear un mecanismo para que los Estados Miembros pudieran aprender de la experiencia adquirida por la Oficina con la ejecución del proyecto del PMIS para mejorar sus sistemas de información sobre salud.

260. La Directora, al señalar que el personal directivo superior seguía monitoreando muy de cerca el proyecto, recordó que, en el 2013, cuando la Oficina había empezado la etapa de ejecución, había estado trabajando bajo la idea de que los sistemas de ERP estaban llenos de dificultades y que muchos intentos para implementarlos habían fallado. Luego, la actitud había pasado a ser de un optimismo cauteloso y seguía siéndolo. Estaba agradecida de que los Estados Miembros hubieran reconocido que las circunstancias podían cambiar en el curso de un proyecto complejo y habían estado de acuerdo en aprobar un aumento del presupuesto. También deseaba hacer constar su reconocimiento por la dedicación de los funcionarios que participaban en el proyecto y que trabajaban durante muchas horas sometidos a una presión intensa.

261. El proyecto abarcaba más que la tecnología de la información; se trataba de un cambio en los procesos institucionales de la Organización encaminados a hacerlos más eficientes y eficaces. Era probable que la Oficina no hubiera documentado lo suficiente las enseñanzas extraídas, ya que el proceso mismo de ejecución había exigido mucho tiempo. Pero, era un paso necesario que debía darse y que podría ayudar a los Estados Miembros con información acerca de las mejores prácticas en la implementación de

sistemas y de los posibles riesgos y dificultades. El PMIS no era un sistema de información sobre salud; sin embargo, había muchas enseñanzas que podrían extraerse de su ejecución y que podrían contribuir a la adopción de un método integrado para los sistemas de información de salud en la Región de las Américas.

262. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

***Informe sobre la transmisión del virus del chikunguña y su repercusión en la Región de las Américas (documento CE156/INF/6)***

263. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, OSP) presentó el informe sobre este tema, cuya finalidad era suministrar a los Estados Miembros información actualizada sobre las actividades de la OPS para vigilar y mitigar el brote de chikunguña y formular orientación que les permitiera prepararse para posibles brotes de chikunguña y de otras enfermedades emergentes o reemergentes y responder a ellos. El informe presentaba estadísticas de los casos y las defunciones ocurridas desde la introducción del virus en el 2013, y destacaba el reto que planteaba la enfermedad para los sistemas de vigilancia epidemiológica. Aunque había una definición de caso para fines de la vigilancia, los países habían tenido que adaptar sus sistemas de notificación y de información de enfermedades para vigilar el virus del chikunguña. A pesar del compromiso de los países con la ejecución del control integrado de vectores, la distribución generalizada de los vectores seguía siendo el mayor reto para controlar los brotes de chikunguña y de dengue. Por otro lado, la abundancia de especies de primates en muchos países que nunca habían estado expuestos al virus del chikunguña creaba un riesgo para el establecimiento de ciclos selváticos de transmisión. El brote había destacado la necesidad de examinar y actualizar las estrategias de prevención y control de las enfermedades arbovirales.

264. En el debate que siguió, los delegados subrayaron la necesidad de comunicación de los riesgos y educación del público acerca de la enfermedad y la forma de transmisión del virus. También se destacó la necesidad de vigilancia y notificación continua de los casos y los brotes. Se observó la amenaza de la introducción de la enfermedad vírica zika y otras enfermedades transmitidas por los mismos vectores, y se subrayó la necesidad de acelerar las medidas de control de vectores. El mejoramiento de la eliminación de los residuos sólidos se consideraba crucial para la eliminación de los criaderos de mosquitos y para la reducción de las emisiones de gases de efecto invernadero, que estaban exacerbando el cambio climático. Un delegado observó que su país estaba probando actualmente métodos nuevos de control de vectores, entre otros las trampas y los agentes biológicos, mientras que una delegada pidió que se intercambiara información sobre experiencias exitosas en el control de vectores.

265. El doctor Espinal señaló que las observaciones de los delegados habían ilustrado la necesidad de colaboración multisectorial para controlar el virus del chikunguña y otras enfermedades transmitidas por vectores. Al afirmar que la Oficina colaboraría con los Estados Miembros para difundir las mejores prácticas acerca del control de vectores y las enfermedades transmitidas por vectores, observó que en un informe reciente del Grupo de

Consulta de Control de Vectores de la OMS sobre las herramientas para el control de vectores, se había indicado que el Grupo todavía no se encontraba en posición de recomendar ninguna herramienta innovadora, en particular porque era necesario efectuar más pruebas y contar con datos científicos para demostrar la eficacia entomológica y la eficacia epidemiológica. La Oficina estaba de acuerdo con esta postura.

266. La Directora dijo que estaba claro que la Región tenía un problema constante con el control de *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*, como quedaba demostrado por los brotes regulares de dengue, los brotes recientes de chikunguña y la amenaza emergente de la enfermedad vírica zika. Muchos países estaban notificando resistencia a los insecticidas, de manera que se necesitaban herramientas nuevas. La OPS seguiría colaborando con la OMS en los estudios entomológicos. En algunos países, la población se había negado a creer que el virus del chikunguña se propagaba por los mosquitos. Debido a que la cooperación del público era esencial para el control de vectores, era imprescindible cerrar esa brecha en la concientización. Había también una necesidad evidente de mejorar la notificación y la comunicación de riesgos. La Oficina colaboraría con los Estados Miembros para formar capacidad de comunicación, no solo en el sector de la salud sino entre los encargados de adoptar las decisiones en otros sectores involucrados en la respuesta a los brotes de enfermedades transmitidas por vectores.

267. El Comité tomó nota del informe.

***El Reglamento Sanitario Internacional y la enfermedad por el virus del Ébola (documento CE156/INF/7)***

268. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, OSP) presentó el informe sobre este tema, que exponía una actualización sobre el estado de la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) en la Región e hizo hincapié la relevancia del Reglamento al permitir los países pudieran prepararse y responder a la enfermedad por el virus del Ébola y a otras enfermedades que constituyesen emergencias de salud pública de importancia internacional. El informe también presentaba detalles sobre los esfuerzos de preparación ante la enfermedad por el virus del Ébola en la Región de las Américas y ponía de relieve los asuntos que exigían la acción concertada por los Estados Partes con relación al Reglamento, en particular con respecto al sistema de monitoreo del RSI después del 2016 y las recomendaciones del Comité de Examen acerca de las segundas prórrogas para el establecimiento de las capacidades nacionales de salud pública y acerca de la aplicación del RSI, que habían sido respaldadas por la Asamblea Mundial de la Salud mediante la resolución WHA68.5. Se había previsto que durante las sesiones del 2015 se invitaría a todos los comités regionales de la OMS, incluido el Consejo Directivo de la OPS, a que expresaran formalmente su posición con respecto al plan de monitoreo luego del 2016.

269. El doctor Ciro Ugarte (Director, Departamento de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre, OSP) señaló que la OMS había emprendido una serie de reformas a la respuesta ante emergencias tras el brote de ébola. La OPS había dado pasos para fortalecer su capacidad de respuesta ante las emergencias

mucho antes. En 1947, el primer Consejo Directivo había creado un fondo de emergencia, mientras que en 1976 se establecieron los primeros procedimientos especiales de respuesta a las emergencias y se creó un fondo rotatorio específico para esta finalidad. En 1990, se habían establecido otros procedimientos. Desde entonces, esos procedimientos se habían actualizado continuamente sobre la base de los análisis y las enseñanzas extraídas, tanto internas como externas. En el 2012, luego de una evaluación exhaustiva de la respuesta de la OPS a la gripe pandémica por A(H1N1) del 2009 y otras emergencias, se habían adoptado una política y procedimientos para la respuesta institucional a las emergencias y los desastres.<sup>10</sup> La OPS también estaba participando en los mecanismos de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN) y otros mecanismos mundiales de respuesta a las emergencias; asimismo, apoyaba el proceso de reforma de la respuesta a las emergencias en la OMS.

270. En el debate subsiguiente, los delegados afirmaron que los brotes de ébola y otras amenazas para la seguridad sanitaria mundial, como la aparición del síndrome respiratorio del Oriente Medio causado por un coronavirus (MERS-CoV), habían demostrado la importancia de la aplicación plena del Reglamento Sanitario Internacional y de la solidaridad en la respuesta a las emergencias de salud. Se señaló que, si bien se habían logrado avances en la formación de las capacidades básicas del RSI, quedaba mucho trabajo por hacer para fortalecer la infraestructura de seguridad sanitaria en muchos países y llenar vacíos persistentes en los preparativos y la respuesta mundiales de salud pública a todos los niveles. Se apoyaba el arbitraje u otra forma equivalente de validación externa en la evaluación del estado de las capacidades nacionales básicas. Se destacó la importancia de los procedimientos estandarizados para detectar rápidamente los posibles casos importados.

271. Se expresó preocupación acerca de las restricciones al comercio y los viajes impuestas por algunos países durante el brote de ébola, que habían ido más allá de las medidas contempladas de conformidad con el RSI y acerca de los impedimentos legales y de otro tipo que habían obstaculizado la capacidad de los gobiernos de desplegar a sus funcionarios a los países afectados para ayudar en la respuesta. Se esperaba que la Red Mundial de Alerta y Respuesta y los esfuerzos de la OMS encaminados a establecer una fuerza de trabajo mundial para emergencias facilitarían la movilización de los recursos a través de las fronteras.

272. El doctor Espinal reconoció que algunos países habían impuesto restricciones que reflejaban un “exceso de precauciones”. Desde luego, cada país tenía el derecho soberano de imponer esas medidas para proteger a su población, pero también había necesidad de que los países colaboraran en respuesta a las amenazas mundiales a la salud. También era esencial para los países seguir esforzándose, con el apoyo de la Oficina, por abordar las brechas reveladas por la epidemia de ébola a fin de estar preparados para hacer frente a brotes y emergencias futuras.

---

<sup>10</sup> Véase:

[http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=2150&Itemid=&lang=es](http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=2150&Itemid=&lang=es)

273. La Oficina era muy receptiva a la idea del arbitraje y la validación externa de las capacidades básicas del RSI. La Región había criticado mucho el asunto a nivel mundial y había subrayado que la autoevaluación no sería suficiente. La Oficina seguiría trabajando no solo para ayudar a los países a lograr las capacidades básicas sino también para mantenerlas y fortalecerlas a largo plazo.

274. La Directora, al señalar que la Oficina había identificado deficiencias aun en países donde los requisitos de capacidad básica supuestamente se habían satisfecho, indicó que el brote de ébola había generado un alto nivel de ansiedad en los presidentes y otros funcionarios de alto nivel. Si fuese posible mantener ese nivel de interés en los líderes políticos, era más probable que pudiera conseguirse la inversión necesaria para lograr y mantener las capacidades básicas. En algunos países, todavía faltaban las capacidades básicas, y era importante hacer entender a sus líderes que no necesariamente podían depender de la asistencia externa para hacer frente a un brote grave de una enfermedad infecciosa. La Oficina estaba aplicando las enseñanzas extraídas del brote de ébola para mejorar la respuesta conjunta a las amenazas para la salud, así como a las emergencias y los brotes de enfermedades. También estaba trabajando para fortalecer la capacidad de respuesta acelerada, tanto dentro de la Organización como externamente. Como parte de ese proceso emprendería un mapeo de las competencias y la pericia del personal de la Oficina e impartiría capacitación en las diversas facetas de la respuesta a las emergencias. Ayudaría a los Estados Miembros a hacer lo mismo a nivel de país y, además, ayudaría a fortalecer la capacidad de respuesta a nivel subregional.

275. El Comité tomó nota del informe.

***Informes de progreso sobre asuntos técnicos (documento CE156/INF/8, A-G)***

***A. Aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco***

276. El Delegado de Ecuador anunció que su país pronto depositaría su instrumento de ratificación del protocolo para eliminar el comercio ilícito de los productos de tabaco.

277. El doctor Anselm Hennis (Director, Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, OSP) recibió con beneplácito el anuncio de Ecuador y expresó la esperanza de que inspirase a otros Estados Miembros a que ratificaran el protocolo.

278. El Comité tomó nota del informe.

***B. Propuesta de plan regional decenal sobre salud bucodental para las Américas***

279. El Comité tomó nota del informe.

C. *Plan de acción sobre la seguridad vial*

280. La Delegada de Brasil anunció que su país, conjuntamente con la OPS/OMS, patrocinaría la Segunda Conferencia Mundial de Alto Nivel sobre la Seguridad Vial, que se celebraría los días 18 y 19 de noviembre del 2015 en Brasilia. Invitó a todos los Estados Miembros a que participaran en la preparación de la declaración que sería adoptada por la conferencia.

281. El doctor Hennis agradeció a Brasil por sus esfuerzos para la organización de la conferencia y también alentó a los Estados Miembros a que participaran activamente.

282. La Directora subrayó la importancia del tema de la seguridad vial para la Región. Se sabía que los accidentes de tránsito ocasionaban una proporción considerable de morbilidad y mortalidad en las Américas, pero continuaban las deficiencias en la recopilación y la clasificación de los datos, lo que dificultaba la determinación de la magnitud total del problema. También alentó a los Estados Miembros a que participaran en la conferencia mundial.

283. El Comité tomó nota del informe.

D. *Prevención y control del dengue en las Américas*

284. Se destacó la importancia de fortalecer la vigilancia del dengue para evaluar la eficacia de las nuevas herramientas y estrategias de prevención. También se consideraba importante fortalecer las pruebas de diagnóstico para conseguir que se detectara el dengue con precisión y se diferenciara de otros trastornos febriles agudos que pudieran estar presentes en las zonas donde la enfermedad era endémica.

285. El doctor Marcos Espinal (Director, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, OSP) dijo que el dengue seguía siendo un grave problema en la Región de las Américas. Era necesaria una respuesta multisectorial, especialmente para eliminar los criaderos y controlar el vector. Aunque la mortalidad por la enfermedad había descendido significativamente, las tasas de morbilidad seguían siendo elevadas en muchos países. Había diversas vacunas en estudio y, una vez que los resultados estuviesen a la disposición, los expertos técnicos de la Organización formularían las recomendaciones sobre su uso.

286. La Directora estuvo de acuerdo en que el dengue era un grave problema y señaló que las tasas elevadas de infestación por *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus* también estaban asociadas con el brote de chikunguña y la amenaza emergente de la enfermedad vírica zika. El problema también estaba asociado con los determinantes sociales de la salud, como la falta de acceso al agua limpia y el manejo inadecuado de los residuos sólidos. En consecuencia, era esencial una respuesta multisectorial. Asimismo, era necesario sensibilizar a los miembros de la comunidad y conseguir su participación en los esfuerzos de prevención. Alentó a los ministerios de salud a que convencieran a los

legisladores y a los funcionarios gubernamentales de alto nivel acerca de la necesidad de la acción multisectorial.

287. El Comité tomó nota del informe.

*E. La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica*

288. La Directora señaló que se habían logrado pocos avances concretos para abordar el tema de la enfermedad renal crónica en personas jóvenes en edad de trabajar. El problema era especialmente agudo en Centroamérica, pero también afectaba a otras regiones. A pesar del trabajo emprendido, los adelantos habían sido limitados con respecto a la salud ocupacional y ambiental. La falta de progreso era una fuente de frustración para la Oficina, que seguiría colaborando con los asociados para encontrar una manera de abordar el problema.

289. El Comité tomó nota del informe.

*F. Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud*

290. Se aplaudió el progreso logrado en la aplicación de la resolución CSP28.R9 y en el aumento de la capacidad y la infraestructura para la evaluación de las tecnologías sanitarias. Sin embargo, se señaló que el informe de progreso no abarcaba un aspecto de la resolución: el establecimiento de prioridades locales y el fortalecimiento del sistema para la recopilación de datos de calidad. Se destacó la importancia de centrarse en las necesidades locales y regionales, así como en las consideraciones éticas y las relacionadas con la equidad con respecto a la tecnología sanitaria. Se expresó agradecimiento a la OPS por su apoyo a la Red de Tecnología de la Salud de las Américas, que desempeñaba una función clave en el desarrollo, aplicación y fortalecimiento de las tecnologías sanitarias. El Delegado de México señaló que, en noviembre del 2014, su país, en colaboración con la OPS, había patrocinado un taller sobre la evaluación de tecnologías sanitarias e indicó que esto debía mencionarse en el informe de progreso.

291. El doctor James Fitzgerald (Director, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OSP) observó que el trabajo sobre la evaluación de tecnologías sanitarias estaba vinculado intrínsecamente a las iniciativas regionales para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Estaba claro que la evaluación de tecnologías sanitarias estaba ayudando a los países en la identificación de las tecnologías que debían incorporarse gradualmente en sus servicios de salud. Estuvo de acuerdo en que las consideraciones éticas y sobre la equidad eran importantes al tomar decisiones acerca de las tecnologías sanitarias. Al observar que el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo estaban invirtiendo en la evaluación de tecnologías sanitarias como un medio de aumentar el acceso a los servicios de salud y mejorar la eficiencia de los sistemas de salud, instó a los Estados Miembros a que aprovecharan ese apoyo como un complemento de la cooperación técnica prestada por la Oficina.



292. El Comité tomó nota del informe.

*G. Situación de los centros panamericanos*

293. El Comité tomó nota del informe.

***Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS (documento CE156/INF/9, A-B)***

*A. 68.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud*

294. La señora Piedad Huerta (Asesora Principal, Oficina de Cuerpos Directivos, OSP) informó sobre las resoluciones y otras acciones de la 68.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud consideradas de interés particular para los Cuerpos Directivos de la OPS. La Asamblea había aprobado 20 resoluciones y siete decisiones. En razón del lapso tan corto entre la Asamblea y esta sesión del Comité Ejecutivo, la Oficina había hecho solo una evaluación preliminar de las repercusiones de las resoluciones. En el transcurso del 54.<sup>o</sup> Consejo Directivo se presentaría un análisis más detallado.

295. Hizo hincapié en las implicaciones clave para la Región de algunas de las 20 resoluciones descritas en el documento CE156/INF/9. Esas resoluciones estaban relacionadas con el *Presupuesto por programas de la OMS 2016-2017*, la malaria, la aplicación del RSI, el *Plan de acción mundial sobre vacunas* y el *Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos*. Al señalar que el presupuesto por programas de la OMS incluía un aumento de 8% para los programas básicos, indicó las áreas en las que la Oficina utilizaría esos recursos. En el caso de la malaria, indicó los grandes avances que se habían hecho en la Región, ya que 13 de los 21 países donde la malaria era endémica habían alcanzado la meta de una reducción de 75% de la carga de la malaria en el 2013 y se esperaba que otros tres más lo lograrían en el 2015. En cuanto a la aplicación del RSI, hizo hincapié en la conclusión del Comité de Examen del RSI de que el fortalecimiento y el mantenimiento de las capacidades básicas debían considerarse como un proceso continuo para todos los países. También señaló que los temas de la vacunación y la resistencia a los antimicrobianos se encontraban en el orden del día del Comité Ejecutivo.

*B. Organizaciones subregionales*

296. La señora Lorraine Thompson (Jefa interina, Coordinación de Países y Subregiones, OSP) explicó que la parte B del mismo documento describía las resoluciones y los acuerdos sobre la salud aprobados por las entidades de integración subregional del Caribe, Centroamérica y América del Sur y que guardaban relación con el trabajo de la OPS. El Consejo para el Desarrollo Humano y Social de la Comunidad del Caribe (CARICOM) había considerado la promoción de una mayor cooperación entre la OPS y el Organismo de Salud Pública del Caribe en apoyo de los Estados Miembros. También había abordado la necesidad de contar con una política sobre el consumo de alcohol, prevención de los traumatismos relacionados con la violencia y actualización de

las directrices para el tratamiento de la infección por el VIH. Los Jefes de Gobierno de CARICOM también se habían reunido para tratar el tema de la enfermedad por el virus del Ébola y habían publicado un plan de acción de 10 puntos para detener cualquier brote potencial.

297. En la 30.<sup>a</sup> reunión del Sector de la Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD) se había aprobado un acuerdo sobre la elaboración de hojas de ruta nacionales hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Otro acuerdo aprobado se refería al fortalecimiento de los sistemas reguladores nacionales y la formulación de reglamentaciones técnicas para la vigilancia, el almacenamiento y las prácticas de distribución de medicamentos, mientras que un tercer acuerdo permitiría estudiar un posible acuerdo entre la OPS, el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana, y organismos nacionales de reglamentación. La reunión también había considerado el tema de los virus del chikunguña y el ébola dentro del contexto del Reglamento Sanitario Internacional (2005). El Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) del Sistema de Integración Centroamericana (SICA) había aprobado las resoluciones sobre el fortalecimiento de la capacidad del personal técnico para abordar el problema del virus del chikunguña, el trasplante y la donación de órganos y la aplicación del RSI.

298. La reunión de los Ministros de Salud de la Zona Andina (REMSAA) había aprobado una resolución sobre el tema de los medicamentos que eran difíciles de adquirir y su compra a través del Fondo Estratégico de la OPS, así como una resolución sobre el apoyo a la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de la Política sanitaria intercultural andina. Los Ministros de Salud del Mercado Común del sur (MERCOSUR) habían adoptado un acuerdo sobre la creación de una red para la cooperación y la capacitación en materia de donaciones y trasplante de órganos y la creación de un registro de donación y trasplantes.

299. La Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) había aprobado un acuerdo sobre un marco de acción compatible con el Plan Estratégico de la OPS para fortalecer las capacidades de abordar la enfermedad por el virus del Ébola y otros eventos similares de importancia para la salud pública. La Alianza Bolivariana de los Pueblos de Nuestra América (ALBA) había celebrado una cumbre especial para tratar la amenaza del ébola y había acordado un plan de acción y su ejecución con la OPS dentro del contexto del RSI. En el documento CE156/INF/9 figuraban otras reuniones y decisiones.

300. La OPS estaba en el proceso de reorganizar su estructura subregional de cooperación técnica para mejorar su capacidad de colaboración con los organismos subregionales, determinar las prioridades comunes entre los diversos procesos de integración en los cuales la OPS podría prestar cooperación técnica y así evitar la duplicación de esfuerzos, además de optimizar el uso de los recursos técnicos y financieros.

301. El Comité Ejecutivo tomó nota de los informes.

### **Clausura de la sesión**

302. Tras el intercambio usual de fórmulas de cortesía, la Vicepresidenta, en ausencia del Presidente, declaró clausurada la 156.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo.

### **Resoluciones y decisiones**

303. A continuación figuran las resoluciones y decisiones aprobadas por el Comité Ejecutivo en su 156.<sup>a</sup> sesión.

#### ***Resoluciones***

#### ***CE156.R1: Recaudación de las contribuciones señaladas***

#### ***LA 156.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el informe de la Directora sobre la recaudación de las contribuciones señaladas (documentos CE156/20 y Add. I);

Observando que ningún Estado Miembro presenta atrasos en el pago de las contribuciones señaladas al punto de que pueden estar sujetos a la aplicación del Artículo 6.B de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, y

Observando que 17 Estados Miembros no han efectuado pagos de las contribuciones señaladas correspondientes al 2015,

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

1. Tomar nota del informe de la Directora sobre la recaudación de las contribuciones señaladas (documentos CE156/20 y Add. I).
2. Agradecer a los Estados Miembros por su compromiso de cumplir con sus obligaciones financieras con respecto a la Organización haciendo un esfuerzo importante para pagar sus contribuciones señaladas pendientes.
3. Felicitar a los Estados Miembros que ya han efectuado pagos correspondientes al 2015 e instar a los demás Estados Miembros a que paguen sus contribuciones señaladas pendientes cuanto antes.
4. Solicitar a la Directora que siga informando a los Estados Miembros acerca de sus saldos pendientes y que informe al Consejo Directivo sobre el estado de la recaudación de las contribuciones señaladas.

*(Primera reunión, 22 de junio del 2015)*

***CE156.R2: Plan de acción para la prevención y el control de la tuberculosis***

***LA 156.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado la propuesta de *Plan de acción para la prevención y el control de la tuberculosis* para el 2016-2019 (documento CE156/16),

***RESUELVE:***

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

**PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL  
DE LA TUBERCULOSIS**

***EL 54.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Habiendo considerado el *Plan de acción para la prevención y el control de la tuberculosis* para el 2016-2019 (documento CD54/\_\_) el cual propone acelerar los esfuerzos de control para avanzar hacia el fin de la epidemia de tuberculosis y alcanzar las metas propuestas para el 2019 del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019;

Reconociendo los logros importantes en el control de la tuberculosis en la Región de las Américas, demostrados con la consecución anticipada de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio referidos a la tuberculosis, gracias a los esfuerzos realizados por los Estados Miembros en la aplicación de las estrategias de tratamiento acordado estrictamente supervisado y Alto a la Tuberculosis;

Consciente de que, pese a los logros alcanzados, la tuberculosis continúa siendo un grave problema de salud pública en la Región de las Américas, con más de 280.000 casos nuevos estimados por año, de los cuales más de 65.000 no se diagnostican ni notifican;

Reconociendo que el control de la tuberculosis en la Región enfrenta en la actualidad nuevos desafíos ligados a la transición epidemiológica que vive la población, como el incremento de las enfermedades no transmisibles favorecedoras de la infección y la enfermedad tuberculosa (como la diabetes mellitus, las enfermedades mentales y las adicciones nocivas), la persistencia de la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH/sida) y las formas de tuberculosis multirresistente y extensamente resistente, la urbanización acelerada con el incremento de la inequidad social y de salud de las poblaciones pobres de barrios marginales, y la falta de recursos económicos necesarios para que las actividades de control se centren en las poblaciones más desfavorecidas;

Tomando en consideración la resolución WHA67.1 de la Asamblea Mundial de la Salud que adopta la *Estrategia mundial y metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después del 2015*, en la que se incluyen metas ambiciosas para acabar con la epidemia de la tuberculosis y se introducen intervenciones para el sector de la salud, con un enfoque multisectorial, de innovación técnica y de financiación adecuada;

Reconociendo que el presente plan de acción significa una plataforma para la implementación de la estrategia mundial,

**RESUELVE:**

1. Aprobar el *Plan de acción para la prevención y el control de la tuberculosis* (documento CD54/\_\_).
2. Instar a los Estados Miembros a que, tomando en cuenta sus contextos, necesidades y prioridades:
  - a) ratifiquen el control de la tuberculosis como una prioridad en los programas de salud;
  - b) renueven el compromiso político con la consiguiente asignación del financiamiento adecuado y de los recursos humanos necesarios para el cumplimiento de las metas definidas en los planes nacionales;
  - c) consideren este plan de acción para la actualización de los planes estratégicos nacionales que guiarán la implementación de la estrategia mundial de acuerdo con los contextos nacionales;
  - d) refuercen las medidas específicas relativas al control de la tuberculosis en el sector de la salud de acuerdo con los estándares internacionales de atención de la tuberculosis, enmarcadas en la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, así como en la estrategia de atención primaria de salud;
  - e) incorporen un enfoque interprogramático y multisectorial al control de la tuberculosis, como se propone en la estrategia mundial;
  - f) introduzcan intervenciones específicas de control de la tuberculosis en las poblaciones vulnerables de las ciudades de acuerdo con el marco de trabajo de la OPS/OMS de control de la tuberculosis en grandes ciudades;
  - g) faciliten medidas de protección para evitar la pobreza causada por la enfermedad en las personas afectadas por la tuberculosis y sus familias, mediante su afiliación a los programas de protección social existentes en los países;
  - h) involucren a las comunidades, las personas afectadas por la enfermedad, las organizaciones de la sociedad civil, y los asociados técnicos y financieros

- nacionales e internacionales en las actividades de prevención y control de la enfermedad.
3. Solicitar a la Directora que:
- a) brinde asistencia técnica a los Estados Miembros en la elaboración de planes estratégicos nacionales que incorporen la estrategia mundial con las adaptaciones necesarias a los contextos nacionales;
  - b) asesore sobre la implementación de los planes estratégicos nacionales;
  - c) evalúe el cumplimiento de las metas propuestas en este plan para el 2019;
  - d) promueva la incorporación de nuevas tecnologías y medicamentos para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la tuberculosis;
  - e) informe a los Cuerpos Directivos los avances de la implementación del plan de acción y la consecución de sus metas.

*(Segunda reunión, 22 de junio del 2015)*

***CE156.R3: Plan de acción sobre la salud de los trabajadores***

***LA 156.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado la propuesta de *Plan de acción sobre la salud de los trabajadores* (documento CE156/15, Rev. 1),

***RESUELVE:***

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

**PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES**

***EL 54.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Habiendo examinado el *Plan de acción sobre la salud de los trabajadores* (documento CD54/\_\_\_);

Recordando los mandatos específicos de los Cuerpos Directivos de la OPS sobre la salud de los trabajadores, y en particular la resolución CSP23.R14 de la 23.ª Conferencia Sanitaria Panamericana (1990), en la cual se insta a los Estados Miembros a que incrementen el desarrollo de diversas formas institucionales de atención a la salud de los trabajadores a fin de promover el logro de la cobertura universal, y la resolución CD41.R13 del 41.º Consejo Directivo (1999), en el cual se insta a los Estados Miembros a que incorporen en sus políticas nacionales de salud, según corresponda, el

Plan Regional de Salud de los Trabajadores contenido en el documento CD41/15, que presenta líneas programáticas específicas para la acción de los Estados Miembros y para la cooperación externa;

Considerando la resolución WHA49.12 de la Asamblea Mundial de la Salud, en la que hizo suya la estrategia mundial de salud ocupacional para todos, y la resolución WHA60.26 (2007), que aprueba el plan de acción mundial de salud de los trabajadores 2008-2017, con los principales objetivos, metas e indicadores, y solicita a la Directora General de la OMS que intensifique la colaboración con la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y con otras organizaciones internacionales pertinentes para la aplicación del plan mundial a nivel nacional e internacional;

Teniendo en cuenta el documento *El futuro que queremos* de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en particular el reconocimiento que allí se hace de que la salud es una condición previa para las tres dimensiones del desarrollo sostenible y un resultado e indicador de esas dimensiones, y el llamado que se hace en ese documento a la participación de todos los sectores pertinentes en la acción multisectorial coordinada con el fin de abordar urgentemente las necesidades de salud de la población mundial;

Reconociendo que el trabajo y el empleo son derechos humanos relacionados con la salud y son determinantes sociales de la salud, y que la *Declaración Política de Río sobre los determinantes sociales de la salud* hace un llamado a diseñar y ejecutar medidas enérgicas, basadas en la evidencia y fiables en relación con el bienestar social, cuando sea posible sobre la base de los indicadores, normas y programas existentes en todo el gradiente social, que vayan más allá del crecimiento económico, y reconociendo la importante función de promoción del enfoque de salud en todas las políticas liderado por los ministerios de salud;

Reconociendo que los incrementos de la migración, del envejecimiento poblacional y de las enfermedades profesionales y las no transmisibles son tendencias muy importantes que configuran el perfil de la salud en el continente americano, y que los beneficios de salud no han sido compartidos por igual por los países de la Región y dentro de ellos, por lo que la desigualdad sigue siendo uno de los mayores retos para la salud de los trabajadores y el desarrollo sostenible en la Región de las Américas;

Consciente de que los sistemas de salud están asumiendo la carga y los costos de la prestación de servicios de salud a los trabajadores formales e informales, originados por la atención de las enfermedades profesionales, que continúan siendo invisibles debido a la falta de diagnóstico y registros adecuados, y de la baja inversión en programas de prevención de los daños a la salud de los trabajadores que desde la salud pública contribuyan a contener estos gastos;

Consciente de la existencia de grandes desigualdades e inequidades sociales, económicas y sanitarias que afectan la salud de los trabajadores, especialmente en el sector informal, y reconociendo que la salud de los trabajadores y los ambientes de trabajo saludables son esenciales para alcanzar la salud y el bienestar individual y

comunitario, que son fundamento esencial para el desarrollo sostenible de los Estados Miembros;

Considerando el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 y, especialmente, los principios de la categoría 3, referentes a los determinantes de la salud y la promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida,

**RESUELVE:**

1. Aprobar el Plan de acción sobre la salud de los trabajadores para el período 2015-2025.
2. Instar a los Estados Miembros, según corresponda y teniendo en cuenta su contexto, sus prioridades y su capacidad financiera a nivel nacional, a que:
  - a) aboguen por la igualdad y la promoción de la salud de los trabajadores como una prioridad, y tomen medidas eficaces para controlar las condiciones de empleo y de trabajo como determinantes sociales de la salud, aumentar la cobertura universal de salud y fortalecer los sistemas de salud y la equidad en salud;
  - b) adopten medidas eficaces, incluidas, cuando proceda, las relacionadas con la legislación vigente, las estructuras, los procesos y los recursos, que permitan establecer políticas públicas que tengan en cuenta las repercusiones sobre la salud y la equidad en materia de salud de los trabajadores, e implanten mecanismos para medir y realizar el seguimiento de las condiciones de trabajo y de empleo que afectan la salud de los trabajadores;
  - c) desarrollen y mantengan, cuando proceda, la capacidad y las competencias institucionales adecuadas y sostenibles para lograr, mediante acciones en todos los sectores, mejores resultados desde la perspectiva de la salud y la equidad en materia de salud de los trabajadores;
  - d) utilicen las herramientas pertinentes para identificar, evaluar, movilizar y fortalecer la participación y las actividades multisectoriales en pro de la salud de los trabajadores, incluidos, según corresponda, el trabajo de los comités interministeriales y el análisis de las repercusiones sobre la salud;
  - e) fortalezcan la diligencia y la rendición de cuentas debida y aumenten la transparencia en la toma de decisiones, así como el compromiso para la acción;
  - f) involucren, según corresponda, a los trabajadores y sus sindicatos, a los empleadores y sus organizaciones gremiales, a las comunidades locales y los demás actores de la sociedad civil en la formulación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de las políticas de todos los sectores económicos, especialmente los identificados como prioritarios, incluidos los mecanismos para la participación de las comunidades y la participación pública;
  - g) contribuyan a la elaboración de la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015 al hacer hincapié en que las políticas de sectores diferentes del sector de la



- salud tienen repercusiones importantes en los resultados en materia de salud, y determinar las sinergias entre los objetivos de las políticas en el sector de la salud, del trabajo y otros sectores;
- h) impulsen la participación activa de las autoridades de salud con otros sectores, al poner en marcha la estrategia de salud en todas las políticas.
3. Solicitar a la Directora que:
- a) promueva y apoye la difusión y la aplicación del enfoque integral de acción planteado en el *Plan de acción sobre salud de los trabajadores*;
- b) preste especial atención al desarrollo de alianzas institucionales tanto en los ámbitos nacionales como en el internacional, incluida la movilización de recursos extrapresupuestarios, para llevar a cabo actividades intersectoriales que faciliten el desarrollo y la consolidación de actividades de prevención dentro del marco del enfoque integral preventivo;
- c) continúe apoyando a los ministros de salud en sus esfuerzos para promover y mejorar la salud y el bienestar de los trabajadores;
- d) continúe promoviendo y apoyando el desarrollo de la red de centros colaboradores de la OPS/OMS y de instituciones científicas para que contribuyan al desarrollo de la capacidad técnica, científica y administrativa de las instituciones y programas que actúan en el campo de la salud de los trabajadores;
- e) promueva y apoye la cooperación entre países en el campo de la salud de los trabajadores y, particularmente, las investigaciones operativas en el desarrollo de recursos humanos.

(Segunda reunión, 22 de junio del 2015)

***CE154.R4: Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos***

***LA 156.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el *Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos* (documento CE156/17),

***RESUELVE:***

Recomendar que el 54.º Consejo Directivo apruebe una resolución redactada en los siguientes términos:

## **PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS**

### ***EL 54.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Teniendo presente la resolución CD41.R14 (1999) sobre las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes y la resistencia a los antimicrobianos, y el documento CD51/15, Rev. 1, Add. I (2011) sobre contención de la resistencia a los antimicrobianos;

Consciente de la importancia de preservar los antibióticos como medicamentos esenciales, que contribuyen de manera significativa a disminuir la morbimortalidad de las enfermedades infecciosas, en particular en aquellas personas en situación de vulnerabilidad, como los pacientes inmunodeprimidos, con cáncer, trasplantados, internados en unidades de cuidados intensivos y, en general, toda persona afectada por una enfermedad infecciosa;

Teniendo en cuenta los logros y los retos en la Región respecto a la vigilancia y la contención de la resistencia a los antimicrobianos, que sirven de punto de partida para la formulación del *Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos* para el período 2015-2020;

Reconociendo que la resistencia a los antimicrobianos constituye una amenaza para la salud que requiere una respuesta multisectorial y que la función rectora del gobierno es, por consiguiente, fundamental para el éxito;

Reconociendo que para lograr el acceso oportuno a antimicrobianos y eficaces de calidad apropiada, asegurando su uso adecuado en salud humana, es necesario revisar los enfoques nacionales vigentes;

Basándose en el espíritu del panamericanismo, los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los instrumentos vinculantes universales y regionales de derechos humanos, y la perspectiva de disminuir el impacto de las enfermedades infecciosas y lograr preservar la efectividad de los antimicrobianos, incluidos los antivirales, los antifúngicos, los antibacterianos y los antiparasitarios,

### ***RESUELVE:***

1. Aprobar el *Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos* y su aplicación en el contexto de las condiciones propias de cada país.
2. Instar a los Estados Miembros a que, teniendo en cuenta su contexto y prioridades:
  - a) renueven su compromiso para apoyar el establecimiento de planes de acción que consoliden los logros y permitan definir e implementar intervenciones concretas para contener la resistencia a los antimicrobianos;

- b) asignen los recursos necesarios para el desarrollo y la implementación adecuados de los planes de acción:
    - i. recursos humanos disponibles y capacitados para brindar apoyo a actividades de vigilancia y monitoreo del uso adecuado de los antimicrobianos, para estimular el diálogo intersectorial y para promover la participación ciudadana y comunitaria, así como la colaboración dentro y fuera del sector salud;
    - ii. recursos financieros que aseguren la sostenibilidad del plan de acción y permitan la mejora de la capacidad de los laboratorios de salud pública, el acceso y uso adecuado de los antimicrobianos y la colaboración entre sectores;
  - c) establezcan plataformas de diálogo e intervención multisectorial que sirvan para abordar la vigilancia integrada de las resistencias, la regulación del uso de los antimicrobianos y la promoción de la investigación y el desarrollo, así como promover la participación intersectorial (sector público, privado, otros ministerios —en particular los de agricultura— y la sociedad civil, entre otros) para potenciar los recursos y lograr sinergias en beneficio de la contención de las resistencias;
  - d) tomen acción urgente para promover el uso apropiado de los antimicrobianos, considerando un abordaje integral del proceso en el que se promueva el uso responsable de los antimicrobianos por parte de las personas o consumidores a través de la educación y la comunicación;
  - e) establezcan sistemas para la detección y el monitoreo de la resistencia a los antimicrobianos, con gestión de calidad que asegure la idoneidad de datos de los laboratorios, así como la integración de información procedente de otros sectores e información sobre el consumo de antimicrobianos;
  - f) estimulen y apoyen la investigación y el desarrollo para combatir la resistencia a los antimicrobianos, con inclusión del sector académico y el sector privado, para desarrollar nuevas ideas prácticas que prolonguen la vida útil de los antimicrobianos y estimulen el desarrollo de nuevas técnicas diagnósticas y medicamentos antimicrobianos;
  - g) asignen y utilicen en la forma adecuada los recursos para alcanzar los objetivos del *Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos* para el período 2015-2020;
  - h) establezcan los mecanismos que permitan monitorear y evaluar la ejecución de dicho plan.
3. Solicitar a la Directora que:
- a) asegure que todas las entidades correspondientes de la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) y las oficinas de país están comprometidas y

- coordinadas en el apoyo a los países para la contención de la resistencia a los antimicrobianos;
- b) colabore con los Estados Miembros en la ejecución del presente plan en el periodo 2015-2020 de conformidad con sus necesidades, mediante la aplicación de un enfoque multidisciplinario e intersectorial y tomando en consideración la promoción de la salud, los derechos humanos, la equidad de género y la cobertura universal de salud;
  - c) promueva la ejecución de este plan de acción y garantice su transversalidad a través de los departamentos de la Oficina, los diferentes contextos y prioridades subregionales y nacionales, así como la colaboración con los países y entre ellos en el diseño de estrategias y en el intercambio de capacidades y recursos;
  - d) destine recursos adecuados para el trabajo de la Oficina, en línea con la planificación presupuestaria de la Organización, y continúe abogando por la movilización activa de recursos y promoviendo las alianzas para respaldar la aplicación de esta resolución;
  - e) consolide y amplíe la colaboración con la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) para combatir la resistencia a los antimicrobianos, en consonancia con la iniciativa “Una Salud”;
  - f) monitoree y evalúe la ejecución de este plan de acción e informe periódicamente a los Cuerpos Directivos sobre los progresos y las limitaciones en la ejecución del plan, así como las adaptaciones, si fuera necesario, a nuevos contextos y necesidades.

*(Segunda reunión, 22 de junio del 2015)*

***CE154.R5: Nombramiento de un miembro para integrar e Comité de Auditoría de la OPS***

#### ***LA 156.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Considerando que el 49.º Consejo Directivo, por medio de la resolución CD49.R2 (2009), estableció la creación del Comité de Auditoría de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para actuar como órgano asesor experto independiente en apoyo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) y de los Estados Miembros de la OPS;

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

Observando que los Términos de Referencia del Comité de Auditoría estipulan que los miembros desempeñarán sus funciones por no más de dos períodos completos de tres años cada uno;

Considerando que se producirá una vacante en el Comité de Auditoría de la OPS,

**RESUELVE:**

1. Agradecer a la Directora de la Oficina y al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración su minucioso trabajo de selección y propuesta de candidatos altamente capacitados para formar parte del Comité de Auditoría de la OPS.
2. Nombrar a John D. Fox para integrar el Comité de Auditoría de la OPS durante un período de tres años, de junio del 2015 a junio del 2018.

*(Tercera reunión, 23 de junio del 2015)*

**CE156.R6:** *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer*

**LA 156.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Habiendo examinado la propuesta de *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer* (documento CE156/14),

**RESUELVE:**

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

**ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE EL FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD PARA ABORDAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER**

**EL 54.º CONSEJO DIRECTIVO,**

Habiendo examinado la *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer* (documento CD54/\_\_);

Teniendo presente que en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud se establece que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”;

Observando que la violencia contra la mujer constituye un problema de salud pública de graves proporciones y una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de la mujer, e impide o anula la observancia, el disfrute y el ejercicio de dichos derechos y libertades;

Profundamente preocupado porque la violencia contra la mujer afecta a una de cada tres mujeres en la Región de las Américas;

Consciente de que la violencia contra la mujer puede adoptar muchas formas, pero que la violencia sexual, física y emocional perpetrada por la pareja masculina contra una mujer es la forma más prevalente de violencia contra la mujer;

Sabedor de que la violencia contra la mujer tiene sus raíces en las desigualdades por razón de género y en los desequilibrios de poder entre hombres y mujeres;

Consciente de que esa violencia tiene consecuencias perdurables y profundas en la salud de la mujer y de sus hijos, en el bienestar de las familias y comunidades, así como en la economía y el desarrollo de las naciones;

Reconociendo que los sistemas de salud tienen un papel importante que desempeñar para prevenir y responder a la violencia contra la mujer como parte de un esfuerzo integral y multisectorial;

Recordando la resolución WHA67.15 (2014), *Fortalecimiento de la función del sistema de salud en la lucha contra la violencia, en particular la ejercida sobre las mujeres y las niñas, y sobre los niños en general*;

Recordando otras resoluciones pertinentes de los Cuerpos Directivos de la OPS, entre ellas la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (CD53.R14 [2014]); *La salud y los derechos humanos* (CD50.R8 [2010]); y el *Plan de acción para la ejecución de la política de igualdad de género* (CD49.R12 [2009]),

**RESUELVE:**

1. Aprobar y ejecutar la *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer* en el contexto de las condiciones particulares de cada país.
2. Instar a los Estados Miembros, teniendo en cuenta las responsabilidades compartidas en los Estados federados, a que:
  - a) mejoren la recopilación y la difusión de datos comparables sobre la magnitud, los tipos, los factores de riesgo y de protección, y las consecuencias para la salud de la violencia contra la mujer;

- b) fortalezcan la función de sus sistemas de salud para abordar la violencia contra la mujer a fin de velar por que todas las mujeres en riesgo o afectadas por la violencia —incluidas las mujeres en situación de vulnerabilidad debido a su situación socioeconómica, edad, identidad étnica o racial, orientación sexual, identidad de género o discapacidad— tengan un acceso oportuno, eficaz y asequible a los servicios de salud;
  - c) fomenten que se aborde la violencia contra la mujer en el contexto de iniciativas de salud pertinentes, incluidas las relativas a la salud maternoinfantil, la salud sexual y reproductiva, la infección por el VIH/sida y la salud mental;
  - d) promuevan la participación del sistema de salud con otros asociados del sector público y de la sociedad civil como parte de un esfuerzo multisectorial para abordar la violencia contra la mujer;
  - e) consideren las repercusiones presupuestarias relacionadas y prevean recursos suficientes para ejecutar las actividades encaminadas a abordar la violencia contra la mujer.
3. Solicitar a la Directora que:
- a) apoye la ejecución de la estrategia y plan de acción para mantener y fortalecer la colaboración entre la Oficina Sanitaria Panamericana y los países y territorios para abordar la violencia contra la mujer;
  - b) continúe fortaleciendo las actividades de la OPS/OMS dirigidas a generar evidencia científica sobre la magnitud, las tendencias, las consecuencias para la salud y los factores de riesgo y de protección de la violencia contra la mujer;
  - c) siga apoyando a los países y territorios, a petición de estos, prestando asistencia técnica para fortalecer la capacidad de los sistemas de salud a fin de abordar la violencia contra la mujer;
  - d) facilite la cooperación de la OPS con los comités, los órganos y las relatorías de derechos humanos del sistema de las Naciones Unidas y el sistema interamericano;
  - e) siga priorizando la prevención de la violencia contra la mujer y considere la posibilidad de asignar recursos adicionales para la ejecución de la estrategia y plan de acción.

*(Cuarta reunión, 23 de junio del 2015)*

***CE156.R7: Transferencia de fondos de la Cuenta Especial al Fondo Maestro de Inversiones de Capital***

***LA 156.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo considerado el documento CE156/25 sobre la situación de los proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial al 31 de marzo del 2015;

Considerando que los proyectos 4.B “Mejoras a los edificios: mejoras relativas a las normas mínimas y otras medidas de seguridad”, 4.D “Mejoras a los edificios: medidas de seguridad e higiene”, y 4.F “Mejoras a los edificios: reacondicionamiento de las salas de conferencias y el mobiliario” han estado pendientes por varios años y que la OPS ha determinado que hay proyectos de inversión de capital que exigirán financiamiento por cantidades que superan los respectivos presupuestos autorizados de la Cuenta Especial;

Observando que los proyectos 4.B, 4.D y 4.F tienen saldos no gastados de \$2.434.000, \$226.527 y \$509.560, respectivamente, y que estos proyectos son un subconjunto del proyecto integral de reacondicionamiento de la sede de la OPS que será financiado a partir del Fondo Maestro de Inversiones de Capital;

Observando que la Oficina Sanitaria Panamericana propone transferir los saldos de los proyectos 4.B, 4.D y 4.F, un total de \$3.170.087, de la Cuenta Especial al Fondo Maestro de Inversiones de Capital,

**RESUELVE:**

1. Reducir el financiamiento aprobado a partir de la Cuenta Especial para los proyectos 4.B, 4.D y 4.F en \$2.434.000, \$226.527 y \$509.560, respectivamente, lo que deja el saldo total en cero.
2. Transferir la cantidad de \$3.170.087 de la Cuenta Especial al Fondo Maestro de Inversiones de Capital.

*(Cuarta reunión, 23 de junio del 2015)*

**CE156.R8: *Uso del saldo del excedente presupuestario y del excedente de la implementación de las IPSAS***

**LA 156.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Habiendo considerado el informe de la Directora sobre la *Propuesta para el uso del saldo del excedente presupuestario y del excedente de la implementación de las IPSAS* (documento CE156/21);

Observando que en las disposiciones del párrafo 4.4<sup>1</sup> del Reglamento Financiero se estipula que cualquier saldo no comprometido de las asignaciones del presupuesto ordinario (excedente presupuestario) estará disponible para el uso que ulteriormente se decida darle, de conformidad con las resoluciones aprobadas por la Conferencia Sanitaria Panamericana o el Consejo Directivo;

---

<sup>1</sup> Si el Consejo Directivo aprueba las modificaciones del Reglamento Financiero, este párrafo pasará a ser el 4.6 en la versión modificada.



Observando que el excedente de la implementación de las IPSAS se ha utilizado para invertir en iniciativas estratégicas y administrativas de más largo plazo y mayor costo que, de otro modo, serían difíciles de financiar dentro de las limitaciones de los ejercicios presupuestarios bienales habituales,

**RESUELVE:**

Recomendar al 54.º Consejo Directivo la aprobación de una resolución conforme a los siguientes términos:

**USO DEL SALDO DEL EXCEDENTE PRESUPUESTARIO Y DEL EXCEDENTE DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS IPSAS**

***EL 54.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Habiendo considerado el informe de la Directora sobre la *Propuesta para el uso del saldo del excedente presupuestario y del excedente de la implementación de las IPSAS* (documento CD54/\_\_\_); y

Habiendo considerado la recomendación del Comité Ejecutivo en cuanto a las propuestas de financiamiento recomendadas en el anexo A del documento CD54/\_\_\_ (Necesidades de financiamiento y fuentes de financiamiento propuestas), y observando que estas iniciativas estratégicas y administrativas fundamentales han sido difíciles de financiar dentro de las limitaciones de los ejercicios presupuestarios bienales habituales,

**RESUELVE:**

Aprobar la asignación del saldo del excedente de la implementación de las IPSAS y del excedente presupuestario, que suman \$3.055.178, de la siguiente manera:

- a) ejecución de la estrategia de tecnología de la información: \$2.000.000;
- b) ejecución de la estrategia de recursos humanos: \$1.055.178.

*(Cuarta reunión, 23 de junio del 2015)*

**CE154.R9: *Modificaciones del Reglamento Financiero***

***LA 156.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo considerado el informe de la Directora sobre las modificaciones propuestas del Reglamento Financiero, según figuran en el anexo A del documento CE156/29; y

Considerando que estas modificaciones del Reglamento Financiero reflejan las mejores prácticas modernas de gestión e introducen el concepto de un Programa y

Presupuesto unificado, lo que aumenta la eficiencia y la eficacia de la ejecución del Programa y Presupuesto,

**RESUELVE:**

Recomendar al 54.º Consejo Directivo que apruebe las modificaciones al Reglamento Financiero mediante la aprobación de una resolución conforme a los siguientes términos:

**MODIFICACIONES DEL REGLAMENTO FINANCIERO**

***EL 54.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Habiendo considerado las modificaciones propuestas del Reglamento Financiero de la Organización Panamericana de la Salud que figuran en el anexo A del documento CD54/\_\_\_; y

Considerando que estas modificaciones del Reglamento Financiero reflejan las mejores prácticas modernas de gestión e introducen el concepto de un Programa y Presupuesto unificado, lo que aumenta la eficiencia y la eficacia de la ejecución del Programa y Presupuesto,

**RESUELVE:**

Aprobar las modificaciones del Reglamento Financiero de la Organización Panamericana de la Salud relativas al Programa y Presupuesto según se estipulan en el anexo A del documento CD54/\_\_\_ y aprobar como fecha de entrada en vigor de estas modificaciones el 1 de enero del 2016.

*(Quinta reunión, 24 de junio del 2015)*

***CE156.R10: Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales***

***LA 156.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el *Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales* (documento CE156/18),

**RESUELVE:**

Recomendar que el 54.º Consejo Directivo apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

## **PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS HEPATITIS VIRALES**

### ***EL 54.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Habiendo examinado el *Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales* para el período 2016-2019 (documento CD54/\_\_);

Considerando que la Organización Mundial de la Salud ha proporcionado un marco más amplio para abordar el reto de las hepatitis virales a nivel mundial;

Teniendo en cuenta las resoluciones WHA63.18 (2010) y WHA67.6 (2014), el *Llamamiento a la acción para ampliar la respuesta mundial a la hepatitis* y otros documentos publicados en los que se hace hincapié en la promoción de la causa y la concientización, el conocimiento y la evidencia, la prevención de la transmisión, la detección, la atención y el tratamiento;

Considerando la *Estrategia y plan de acción para la salud integral en la niñez* (resolución CSP28.R20 [2012]) y el documento conceptual sobre *La salud y los derechos humanos* (resolución CD50.R8 [2010]);

Reconociendo las repercusiones de las hepatitis virales sobre la morbilidad y la mortalidad en la Región de las Américas, especialmente sobre los grupos poblacionales clave y los grupos vulnerables;

Teniendo en cuenta que las enfermedades y la mortalidad causadas por las hepatitis virales o asociadas con ellas imponen una carga social y económica sustancial sobre los países de la Región;

Reconociendo que las hepatitis virales, al afectar a los grupos de población que se encuentran en los márgenes de la sociedad, acentúan las inequidades en la cobertura de los servicios de salud;

Reconociendo que las intervenciones efectuadas en la niñez pueden cambiar de manera muy marcada el patrón de la hepatitis B crónica en la Región;

Teniendo en cuenta que la hepatitis B es un riesgo para el personal de salud de la Región;

Observando que el acceso a los tratamientos curativos de la hepatitis C puede convertirse en realidad mediante esfuerzos concertados en la Región;

Considerando que es posible eliminar las hepatitis B y C en un futuro cercano,

**RESUELVE:**

1. Instar a los Estados Miembros, teniendo en cuenta su contexto y sus prioridades nacionales, a que:
  - a) prioricen las hepatitis virales como un problema de salud pública, promuevan una amplia respuesta integrada y establezcan metas específicas para afrontar los retos que plantean estas enfermedades infecciosas;
  - b) fomenten las sinergias y las actividades interprogramáticas, dentro y fuera del sistema de salud, que incorporen a todos los asociados e interesados directos pertinentes, incluida la sociedad civil, en la respuesta a las hepatitis virales;
  - c) optimicen el uso eficiente de los recursos existentes y movilicen fondos adicionales para prevenir y controlar las hepatitis virales;
  - d) formulen y fortalezcan las estrategias para llevar adelante campañas de sensibilización dirigidas a conmemorar el Día Mundial contra la Hepatitis a fin de aumentar el acceso a los servicios de prevención, diagnóstico, atención y tratamiento;
  - e) mantengan o amplíen la cobertura de la vacunación contra el virus de la hepatitis B en los menores de 1 año y adopten la política de vacunar a los recién nacidos en las primeras 24 horas después del nacimiento;
  - f) examinen las políticas de vacunación y apoyen su puesta en práctica para ampliar la cobertura de las vacunas disponibles entre los grupos poblacionales clave y los grupos vulnerables;
  - g) establezcan estrategias específicas para la prevención de la transmisión de la hepatitis B y C en los grupos poblacionales clave y los grupos vulnerables, incluidas las intervenciones educativas y de extensión, y para la promoción del tratamiento, la rehabilitación y los servicios de apoyo conexos en los que se tenga en cuenta el contexto y las prioridades nacionales a fin de reducir las consecuencias sociales y de salud negativas del consumo de drogas ilegales;
  - h) apoyen las estrategias de prevención de la transmisión de las hepatitis B y C dentro y fuera de los entornos de atención de salud;
  - i) apoyen la formulación de políticas, reglamentos y normas relacionados con la salud y el fortalecimiento de la capacidad a nivel de los países para la detección, el diagnóstico, la atención y el tratamiento de las hepatitis virales (según la orientación normativa preparada por la OMS con base en la evidencia) y velen por su aplicación;
  - j) promuevan la inclusión de medios de diagnóstico, equipos y medicamentos relacionados con las hepatitis virales en las listas y los formularios nacionales de medicamentos esenciales, y promuevan el acceso a ellos mediante procesos de negociación de precios y mecanismos nacionales y regionales de compras, como el Fondo Rotatorio de la OPS para Suministros Estratégicos de Salud Pública;

- k) fortalezcan la capacidad de los países para generar y difundir oportunamente información estratégica de calidad sobre las hepatitis virales, desglosada por edad, sexo y grupo étnico;
- l) fortalezcan las políticas, la orientación y las prácticas nacionales sobre la seguridad de la sangre y los programas de vacunación;
- m) eliminen las barreras geográficas, económicas, socioculturales, jurídicas, institucionales y de género que impiden el acceso universal equitativo a los servicios integrales de salud, conforme a lo estipulado en la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* de la OPS.

2. Solicitar a la Directora que:

- a) mantenga un grupo interprogramático de estudio sobre las hepatitis virales que pueda entablar un diálogo permanente con los Estados Miembros;
- b) apoye la puesta en práctica del plan de acción especialmente con respecto al fortalecimiento de los servicios de detección, diagnóstico, atención y tratamiento de las hepatitis virales como parte de la ampliación de la cobertura universal de salud en la Región de las Américas;
- c) brinde asistencia técnica a los Estados Miembros a fin de aumentar la base de evidencia sobre la prevención, la atención y el tratamiento de las hepatitis virales, y para la aplicación de las medidas propuestas en este plan de acción, de acuerdo con las prioridades nacionales;
- d) brinde apoyo a los Estados Miembros a fin de aumentar el acceso a productos asequibles para las hepatitis virales, incluidos procesos de negociación de precios y otros mecanismos de compras sostenibles;
- e) continúe documentando la factibilidad de la eliminación de las hepatitis B y C en la Región, incluida la formulación de indicadores e hitos para avanzar hacia las metas de eliminación de la OMS para el 2030;
- f) continúe dando prioridad a la prevención de las hepatitis virales y haga hincapié en los programas de vacunación contra la hepatitis B para los lactantes y los grupos poblacionales clave, así como en el acceso a los medicamentos contra la hepatitis C que salvan vidas, teniendo en cuenta la meta de eliminar en un futuro cercano las hepatitis B y C en la Región de las Américas;
- g) promueva las alianzas estratégicas y la cooperación técnica entre países para llevar a cabo las actividades incluidas en este plan de acción.

(Sexta reunión, 24 de junio del 2015)

***CE156.R11: Estrategia sobre legislación relacionada con la salud***

***LA 156.ª SESION DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo considerado el proyecto de *Estrategia sobre legislación relacionada con la salud* (documento CE156/19, Rev. 2),

***RESUELVE:***

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

**ESTRATEGIA SOBRE LEGISLACIÓN RELACIONADA CON LA SALUD**

***EL 54.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Habiendo considerado la *Estrategia sobre legislación relacionada con la salud* (documento CD54/\_\_);

Teniendo en cuenta que la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece como uno de sus principios básicos que "...el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social...";

Consciente de que el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019, de conformidad con el Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS, establece distintas categorías, áreas programáticas y resultados inmediatos e intermedios, e indicadores;

Recordando que el tema de la legislación de salud fue considerado por la 18.ª Conferencia Sanitaria Panamericana en la resolución CSP18.R40 (1970) y que el Consejo Directivo de la OPS, mediante la resolución CD50.R8 (2010), *La salud y los derechos humanos*, exhortó a los Estados Miembros a que "apoyen la cooperación técnica de la OPS en la formulación, la revisión y, si fuera necesario, la reformulación de los planes nacionales y la legislación sobre salud, incorporando los instrumentos internacionales de derechos humanos que sean aplicables";

Observando que el Consejo Directivo ha aprobado el *Plan de acción sobre la salud en todas las políticas* (resolución CD53.R2 [2014]) y la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (resolución CD53.R14 [2014]);

Reconociendo que los marcos jurídicos y reglamentarios adecuados y fortalecidos pueden promover y proteger la salud incluso desde la perspectiva del derecho a la salud donde sea nacionalmente reconocido y promoviendo el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr;

Afirmando el compromiso de los Estados Miembros de respetar, proteger y promover los derechos humanos;

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

**RESUELVE:**

1. Adoptar la *Estrategia sobre legislación relacionada con la salud* (documento CD54/\_\_\_) a fin de responder eficaz y eficientemente a las necesidades actuales y emergentes en materia de salud pública en la Región.

2. Instar a los Estados Miembros, según corresponda, teniendo en cuenta su contexto nacional, sus prioridades, posibilidades financieras y presupuestarias, a que:

- a) promuevan la formulación, implementación o revisión de sus marcos jurídicos y reglamentarios, políticas y otras disposiciones legales, cuando corresponda, que aborden de manera multisectorial los determinantes de la salud, la promoción de la salud a lo largo del curso de vida, la reducción de los factores de riesgo y la prevención de las enfermedades, así como el enfoque de atención primaria de salud, mediante procesos participativos con las comunidades;
- b) promuevan y faciliten el intercambio de información estratégica, como mejores prácticas, y fallos judiciales entre los Estados Miembros y los organismos internacionales, y la colaboración en investigación en materia de legislación relacionada con la salud con otros Estados Miembros y agentes no estatales;
- c) promuevan la formulación, implementación o revisión de sus marcos jurídicos y reglamentarios para facilitar el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud; el fortalecimiento de la función de rectoría y gobernanza de la autoridad sanitaria para avanzar hacia el logro del acceso universal a medicamentos y tecnologías sanitarias de calidad, seguros, eficaces y asequibles; así como el fortalecimiento de las capacidades técnicas de los recursos humanos en salud con miras a mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud, con énfasis en los grupos en situación de vulnerabilidad;
- d) fortalezcan la capacidad técnica de la autoridad sanitaria para facilitar la coordinación y colaboración con el poder legislativo y otros sectores, según corresponda, incluida la identificación y revisión de vacíos legales y contradicciones.

3. Solicitar a la Directora que, dentro de las posibilidades financieras de la Organización, de acuerdo a lo solicitado por los Estados Miembros, y en coordinación, en consulta y en conjunto con su autoridad sanitaria nacional:

- a) promueva la implementación de la *Estrategia sobre legislación relacionada con la salud* y, con ello, fortalezca los esfuerzos de asesoría y cooperación técnica a

- los Estados Miembros para la formulación, implementación o revisión de los marcos jurídicos y reglamentarios relacionados con la salud;
- b) proporcione la colaboración técnica que los Estados Miembros le requieran para la implementación de la Estrategia, lo que puede incluir la capacitación y difusión para apoyar los mecanismos de cooperación técnica con relación a sus marcos jurídicos y reglamentarios;
  - c) apoye a los Estados Miembros en la formulación, implementación o revisión de sus marcos jurídicos y reglamentarios, políticas y otras disposiciones legales, cuando corresponda, que aborden de manera multisectorial los determinantes de la salud, la promoción de la salud a lo largo del curso de vida, la reducción de los factores de riesgo y la prevención de las enfermedades, así como el enfoque de atención primaria de salud, mediante procesos participativos con las comunidades;
  - d) desarrolle acciones y herramientas para promover el intercambio, entre los Estados Miembros y otros organismos internacionales, sobre las mejores prácticas, experiencias exitosas e información estratégica en materia de legislación relacionada con la salud que los Estados Miembros puedan utilizar y adaptar a su propia realidad nacional;
  - e) facilite la colaboración en investigaciones en materia de legislación relacionada con la salud con los Estados Miembros y agentes no estatales;
  - f) armonice, unifique y lleve a la práctica de manera estratégica las recomendaciones de los Cuerpos Directivos de la OPS con respecto a la redacción y revisión de la legislación relacionada con la salud.

(Sexta reunión, 24 de junio del 2015)

**CE156.R12: Premio OPS en Administración (2015)**

**LA 156.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Habiendo examinado el *Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración (2015)* (documento CE156/5, Add. I); y

Teniendo presente las disposiciones de los procedimientos para conferir el Premio OPS en Administración, según fueron aprobados por la 18.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana (resolución CSP18.R18 [1970]) y modificados subsecuentemente,<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Modificaciones aprobadas por la 20.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana (CSP20.R17, 1978), el 27.<sup>o</sup> Consejo Directivo (CD27.R5, 1980), la 24.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana (CSP24.R10, 1994) y el Comité Ejecutivo en sus sesiones 124.<sup>a</sup> (CE124.R10, 1999), 135.<sup>a</sup> (CE135[D6], 2004), 140.<sup>a</sup> (CE140.R12, 2007) y 146.<sup>a</sup> (CE146.R11, 2010).



**RESUELVE:**

1. No otorgar el Premio OPS en Administración correspondiente al año 2015 y considerar la candidatura propuesta por Honduras junto con las demás candidaturas que se reciban el próximo año (2016).
2. Revisar las normas generales y los criterios del Premio con el fin de fortalecer la importancia que tiene e incentivar a los Estados Miembros a presentar candidatos de excelencia en el área respectiva.
3. Transmitir el *Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración (2015)* (documento CE156/5, Add. I) al 54.º Consejo Directivo.

(Sexta reunión, 24 de junio del 2015)

**CE156.R13: *Modificaciones del Estatuto y el Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana***

**LA 156.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,**

Habiendo considerado las modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana presentadas por la Directora en el anexo A del documento CE156/30;

Teniendo en cuenta las medidas adoptadas por la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud en cuanto al sueldo del Director General Adjunto, de los Subdirectores Generales y de los Directores Regionales sobre la base de la aprobación de la Asamblea General de las Naciones Unidas de la escala modificada de sueldos básicos/mínimos para las categorías profesional y superior;

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

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

**RESUELVE:**

1. Confirmar, de acuerdo con el artículo 020 del Reglamento del Personal, las modificaciones del Reglamento del Personal que han sido introducidas por la Directora, con efecto a partir del 1 de julio del 2015, en cuanto al subsidio de educación, el examen médico y las vacunaciones, las obligaciones de los funcionarios, la licencia

administrativa, la licencia sin sueldo, la pensión y el seguro, la licencia por enfermedad con derecho a las prestaciones del seguro, la jubilación y la supresión de puestos.

2. Establecer, con efecto a partir del 1 de enero del 2015, el sueldo anual del Subdirector de la Oficina Sanitaria Panamericana en \$172.943 antes de deducir las contribuciones del personal, lo que da lugar a un sueldo neto modificado de \$134.560 (con familiares a cargo) o de \$121.754 (sin familiares a cargo).

3. Establecer, con efecto a partir del 1 de enero del 2015, el sueldo anual del Director Adjunto de la Oficina Sanitaria Panamericana en \$174.371 antes de deducir las contribuciones del personal, lo que da lugar a un sueldo neto modificado de \$135.560 (con familiares a cargo) o de \$122.754 (sin familiares a cargo).

4. Establecer, con efecto a partir del 1 de enero del 2015, el sueldo anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en \$191.856 antes de deducir las contribuciones del personal, lo que da lugar a un sueldo neto modificado de \$147.799 (con familiares a cargo) o de \$133.012 (sin familiares a cargo).

(Séptima reunión, 25 de junio del 2015)

***CE156.R14: Plan de acción sobre inmunización***

***LA 156.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado la propuesta del *Plan de acción sobre inmunización* (documento CE156/12, Rev. 2),

***RESUELVE:***

Recomendar que el 54.º Consejo Directivo apruebe una resolución redactada conforme a los siguientes términos:

**PLAN DE ACCIÓN SOBRE INMUNIZACIÓN**

***EL 54.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Habiendo examinado el *Plan de acción sobre inmunización* (documento CD54/\_ ) y considerado el progreso importante de los países en el campo de la vacunación;

Teniendo en cuenta los mandatos internacionales que surgen de la Asamblea Mundial de la Salud, en particular de la resolución WHA65.17 (2012) sobre el *Plan de acción mundial sobre vacunas* y la resolución WHA65.5 (2012) en la que se declara que la poliomielitis es una emergencia para la salud pública mundial, y el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019;

Reconociendo el progreso realizado en la eliminación y control de las enfermedades prevenibles mediante vacunación y que aún es necesario afianzar el trabajo para que el acceso a la vacunación facilite que los servicios de salud lleguen a todos, mediante un abordaje integral que considere los determinantes sociales de la salud y la cobertura universal;

Considerando que el plan de acción propone a los Estados Miembros un instrumento que permite adoptar metas, estrategias y actividades comunes, así como facilitar el diálogo, fomentar la sinergia con todos los asociados y fortalecer los programas nacionales de inmunización de la Región,

**RESUELVE:**

1. Aprobar el *Plan de acción sobre inmunización* e instar a los países, según corresponda y tomando en cuenta sus necesidades, prioridades y contexto, a que:
  - a) promuevan el acceso universal a los programas y las iniciativas de inmunización como un bien público;
  - b) adopten y adapten el *Plan de acción sobre inmunización* de acuerdo con las características de cada país, y busquen garantizar los recursos necesarios para cumplir con los objetivos descritos en el plan de acción;
  - c) se comprometan a mantener los logros alcanzados con respecto a la eliminación de la poliomielitis, el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita; el control de las enfermedades prevenibles mediante vacunación; la prioridad política de la inmunización en el país; y la valoración de las vacunas por parte de los individuos y las comunidades;
  - d) garanticen el trabajo para cerrar las brechas relacionadas con la eliminación del tétanos neonatal; lograr las metas de cobertura de vacunación en todos los niveles administrativos y ampliar los beneficios de la inmunización a todas las personas a lo largo del curso de vida de manera equitativa;
  - e) hagan frente a los nuevos desafíos planteados por la introducción de nuevas vacunas en los calendarios nacionales de inmunización en forma sostenible y con acceso para todos; promuevan la toma de decisiones con base en la evidencia y la evaluación de los beneficios de la inmunización;
  - f) favorezcan el fortalecimiento de los servicios de salud para proporcionar servicios de inmunización y lograr los resultados previstos propuestos por la agenda para el desarrollo después del 2015 sobre la reducción de la mortalidad infantil y la mortalidad materna;
  - g) garanticen que los programas de inmunización tengan acceso oportuno y sostenible a los insumos de calidad necesarios y que estos se obtengan con recursos nacionales, funcionen como parte integral de servicios de salud fortalecidos y realicen actividades de vacunación integradas con otras intervenciones.

2. Solicitar a la Directora que:
  - a) fortalezca la capacidad operativa de los programas nacionales de inmunización para que mantengan los logros alcanzados;
  - b) identifique estrategias que permitan garantizar la vacunación en los municipios con bajas coberturas, así como en poblaciones en situación de vulnerabilidad y de difícil acceso;
  - c) brinde asesoría técnica a los Estados Miembros para la toma de decisiones basada en la evidencia;
  - d) optimice la vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles mediante vacunación, la red de laboratorios, la cadena de suministros, la cadena de frío y los sistemas de información;
  - e) mejore el acceso oportuno y equitativo a vacunas e insumos por medio del Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas, manteniendo sus principios y condiciones;
  - f) refuerce el trabajo integrado de la Organización, para que, conjuntamente con los países, se utilice el programa de inmunización como una estrategia que permita que los servicios de salud lleguen a todos, con base en un abordaje integral y en el marco de la cobertura universal de salud.

(Séptima reunión, 25 de junio del 2015)

***CE156.R15: Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la Organización Panamericana de la Salud***

***LA 156.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el informe del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración sobre *Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la Organización Panamericana de la Salud* (documento CE156/6); y

Teniendo en cuenta los *Principios que rigen las relaciones entre la Organización Panamericana de la Salud y las organizaciones no gubernamentales,*

***RESUELVE:***

1. Renovar por un período de cuatro años las relaciones oficiales entre la OPS y las siguientes organizaciones no gubernamentales:
  - a) la Fundación Interamericana del Corazón (FIC), y
  - b) el Instituto de Vacunas Sabin (Instituto Sabin).
2. Aceptar las solicitudes de las siguientes organizaciones no gubernamentales de entablar relaciones oficiales con la OPS por un período de cuatro años:

- a) la Alianza del Convenio Marco (FCA por sus siglas en inglés),
  - b) la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH).
3. Tomar nota del informe de progreso sobre la situación de las relaciones entre la OPS y las organizaciones no gubernamentales.
4. Solicitar a la Directora que:
- a) notifique a las respectivas organizaciones no gubernamentales las decisiones adoptadas por el Comité Ejecutivo;
  - b) continúe manteniendo dinámicas relaciones de trabajo con organizaciones no gubernamentales inteamericanas de interés para la Organización en las áreas incluidas entre las prioridades del programa que los Cuerpos Directivos han aprobado para la OPS;
  - c) continúe promoviendo las relaciones entre los Estados Miembros y las organizaciones no gubernamentales que trabajan en el ámbito de la salud.

*(Octava reunión, 25 de junio del 2015)*

***CE156.R16: Orden del Día Provisional del 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas***

***LA 156.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el orden del día provisional (documento CD54/1) preparado por la Directora para el 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, que se presenta como anexo A del documento CE156/3, Rev. 1; y

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

***RESUELVE:***

Aprobar el orden del día provisional (documento CD54/1) preparado por la Directora para el 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

*(Octava reunión, 25 de junio del 2015)*

***CE154.R17: Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2016 2017***

***LA 156.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo examinado el *Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017* (documento CE156/10, Rev. 1) que es el segundo Programa y Presupuesto dentro del Plan Estratégico 2014-2019 y el primero que se presenta como un presupuesto integrado que representa los recursos totales necesarios para el período presupuestario;

Habiendo examinado el informe del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración (documento CE156/4);

Reconociendo el proceso participativo y de abajo arriba que se ha seguido en la preparación de este proyecto entre los tres niveles de la Organización, con la participación activa de las autoridades nacionales de salud de los Estados Miembros;

Observando que el período presupuestario correspondiente al 2014-2015 tuvo crecimiento nominal cero en las contribuciones señaladas, con un impacto perjudicial sobre la capacidad de la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) de llevar adelante los programas y servicios;

Teniendo en cuenta los esfuerzos continuos de la Oficina para mejorar la eficacia, la eficiencia, la rendición de cuentas y la transparencia, así como para mantener su relevancia al abordar las prioridades colectivas de los Estados Miembros según se las describe en el Plan Estratégico 2014-2019;

Reconociendo el presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobado para el bienio 2016-2017 con un aumento del presupuesto general de 8,0% para las categorías 1 a 6 con una asignación de margen presupuestario de \$178,1 millones para la Región de las Américas;

Reconociendo el ajuste a la escala de contribuciones señaladas de la Organización de Estados Americanos para el período 2015-2017;

Teniendo presentes el Artículo 14.C de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los párrafos 3.3 y 3.4 del Artículo III del Reglamento Financiero de la OPS,

***RESUELVE:***

Agradecer al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración su examen e informe sobre el anteproyecto de Programa y Presupuesto 2016-2017.

Manifiestar su agradecimiento a los Estados Miembros por sus contribuciones y participación en la elaboración del proyecto de Programa y Presupuesto 2016-2017.

Manifiestar su agradecimiento a la Directora por el liderazgo y la atención dedicados, en la elaboración del Programa y Presupuesto, a la aplicación de un método consultivo y de abajo arriba en el proyecto de presupuesto como parte de la consolidación de la gestión basada en los resultados en la OPS.

Solicitar a la Directora que incorpore las observaciones formuladas por los Miembros del Comité Ejecutivo en el documento revisado que se someterá a la consideración del 54.º Consejo Directivo.

Recomendar que el 54.º Consejo Directivo apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

### **PROGRAMA Y PRESUPUESTO DE LA OPS 2016-2017**

#### ***EL 54.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Habiendo examinado el *Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017 (Documento Oficial \_\_)*;

Habiendo examinado el informe del Comité Ejecutivo (documento CD54/\_\_);

Observando los esfuerzos de la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) para proponer un programa y presupuesto en el que se tenga en cuenta tanto el clima financiero mundial y regional y sus implicaciones para los Estados Miembros como el logro de los compromisos de salud pública de los Estados Miembros y la Organización;

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

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

Aprobar el programa de trabajo de la Organización Panamericana de la Salud con un presupuesto de [**\$612,8 millones**] [**\$607,0 millones**] para los programas básicos y de \$31,2 millones para los programas especiales y la respuesta a las emergencias como se describe en el Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017.

Alentar a los Estados Miembros a que sigan efectuando de manera oportuna los pagos de sus contribuciones correspondientes al 2016-2017 y de aquellas contribuciones atrasadas que pudieran haberse acumulado en los períodos presupuestarios anteriores.

Alentar a los Estados Miembros a que sigan abogando por una proporción equitativa de los recursos de la OMS y, en particular, porque la OMS financie plenamente el margen presupuestario asignado a la Región de las Américas.

Instar a todos los Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados a que efectúen contribuciones voluntarias que estén en consonancia con el Programa y Presupuesto 2016-2017 y a que, cuando sea posible, consideren hacer estas

contribuciones plenamente flexibles y dirigirlas a un fondo común de recursos no destinados a un fin específico.

Asignar el presupuesto correspondiente al período presupuestario 2016-2017 entre las seis categorías programáticas de la siguiente manera:

	<b>Escenario 1 Escenario 2</b>	<b>Escenario 3</b>
1. Enfermedades transmisibles	<b>\$102.389.000</b>	
2. Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo	<b>\$58.028.000</b>	
3. Determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida	<b>\$81.242.000</b>	
4. Sistemas de salud	<b>\$109.196.000</b>	
5. Preparación, vigilancia y respuesta	<b>\$59.811.000</b>	
6. Servicios corporativos y funciones habilitadoras	<b>\$202.134.000</b>	
<b>Total para los programas básicos (categorías 1 a 6)</b>	<b>\$612.800.000</b>	<b>\$607.028.600</b>
Programas especiales y respuesta a emergencias	\$31.200.000	\$31.200.000

Financiar el presupuesto aprobado para los programas básicos de la siguiente manera y a partir de las fuentes indicadas de financiamiento:

	<b>Escenario 1</b>	<b>Escenario 2</b>	<b>Escenario 3</b>
a) Contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la OPS	<b>[\$216.955.000]</b>	<b>[\$210.635.800]</b>	<b>[\$210.635.800]</b>
Menos el crédito del Fondo de Igualación de Impuestos	<b>(\$18.786.800)</b>	<b>(\$18.239.000)</b>	<b>(\$18.239.000)</b>
b) Ingresos varios presupuestados	<b>[\$25.000.000]</b>	<b>[\$25.000.000]</b>	<b>[\$25.000.000]</b>
c) Otras fuentes	<b>[\$211.539.800]</b>	<b>[\$217.311.200]</b>	<b>[\$211.539.800]</b>
d) Asignación de fondos de la Organización Mundial de la Salud a la Región de las Américas	<b>\$178.092.000</b>	<b>\$178.092.000</b>	<b>\$178.092.000</b>
<b>TOTAL</b>	<b>[\$612.800.000]</b>	<b>[\$612.800.000]</b>	<b>[\$607.028.600]</b>

Solicitar a la Directora que se asegure de que, al establecerse las contribuciones de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados, dichas contribuciones se reduzcan de acuerdo con el crédito que tengan a su favor en el Fondo



de Igualación de Impuestos, excepto en el caso de los créditos de aquellos estados que recaudan impuestos sobre los salarios recibidos de la Oficina por sus ciudadanos y residentes que se reducirán de acuerdo con el monto de los reembolsos tributarios correspondientes de la Oficina.

Autorizar a la Directora a utilizar las contribuciones señaladas, los ingresos varios, las contribuciones voluntarias de la OPS y los recursos asignados por la OMS a la Región de las Américas para financiar el presupuesto según la asignación establecida en el párrafo 5 anterior, sujeto a la disponibilidad de fondos.

Autorizar además a la Directora a hacer transferencias presupuestarias, de ser necesario, entre las seis categorías descritas en el párrafo 5 anterior, hasta un monto que no exceda el 10% del presupuesto asignado a la categoría desde la cual se hace la transferencia; los gastos resultantes de tales transferencias se informarán bajo la categoría final en los informes financieros correspondientes al período 2016-2017.

Solicitar a la Directora que informe a los Cuerpos Directivos los montos de los gastos de cada fuente de financiamiento en el párrafo 6 contra las categorías y áreas programáticas descritas en el Programa y Presupuesto 2016-2017.

*(Octava reunión, 25 de junio del 2015)*

### ***Decisiones***

#### ***Decisión CE156(D1): Adopción del orden del día***

De conformidad con el Artículo 9 del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo, el Comité adoptó el orden del día presentado por la Directora, en su forma modificada por el Comité (documento CE156/1, Rev. 3).

*(Primera reunión, 22 de junio del 2015)*

#### ***Decisión CE156(D2): Representación del Comité Ejecutivo en el 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas***

De conformidad con el Artículo 54 de su Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo decidió nombrar a Paraguay y Costa Rica, su Presidente y Vicepresidente respectivamente, para representar al Comité en el 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Ecuador y Jamaica fueron elegidos como representantes suplentes.

*(Octava reunión, 25 de junio del 2015)*

***Decisión CE156(D3):***

***Programación del excedente de ingresos***

El Comité Ejecutivo respaldó la propuesta de la programación del excedente de ingresos según se establece en el documento CE156/22.

*(Cuarta reunión, 23 de junio del 2015)*

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

HECHO en Washington, D.C., a los veintiséis días del mes de junio del año dos mil quince. La Secretaria depositará el documento original firmado en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana. El Informe final será publicado en la página electrónica de la OPS una vez que sea aprobado por el Presidente.

---

Antonio Barrios  
Delegado de Paraguay  
Presidente de la 156.<sup>a</sup> sesión del  
Comité Ejecutivo

---

Carissa Etienne  
Directora de la Oficina Sanitaria  
Panamericana  
Secretaria *ex officio* de la  
156.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo

**Anexo A**

**ORDEN DEL DÍA**

- 1. APERTURA DE LA SESIÓN**
  - 2. ASUNTOS RELATIVOS A AL REGLAMENTO**
    - 2.1 Adopción del orden del día y del programa de reuniones
    - 2.2 Representación del Comité Ejecutivo en el 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
    - 2.3 Orden del día provisional del 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
  - 3. ASUNTOS RELATIVOS AL COMITÉ**
    - 3.1 Informe de la novena sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración
    - 3.2 Premio OPS en Administración (2015)
    - 3.3 Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS
    - 3.4 Informe anual de la Oficina de Ética (2014)
    - 3.5 Informe del Comité de Auditoría de la OPS
    - 3.6 Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS
  - 4. ASUNTOS RELATIVOS A LA POLÍTICA DE LOS PROGRAMAS**
    - 4.1 Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017
    - 4.2 Reforma de la OMS
    - 4.3 Plan de acción sobre inmunización
    - 4.4 Estrategia y plan de acción sobre demencias y otros trastornos discapacitantes en las personas mayores
-

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

- 4.5 Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer
- 4.6 Plan de acción sobre la salud de los trabajadores
- 4.7 Plan de acción para la prevención y control de la tuberculosis
- 4.8 Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos
- 4.9 Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales
- 4.10 Estrategia sobre legislación relacionada con la salud

**5. ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS**

- 5.1 Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas
- 5.2 Informe financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2014
- 5.3 Propuesta para el uso del saldo del excedente presupuestario y del excedente de la implementación de las IPSAS
- 5.4 Programación del excedente de los ingresos
- 5.5 Seguro de enfermedad tras la separación del servicio
- 5.6 Informe sobre el Fondo Maestro de Inversiones de Capital y la nueva evaluación de los proyectos relativos a los bienes inmuebles incluidos en el Plan Maestro de Inversiones de Capital
- 5.7 Situación de los proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial de la OPS
- 5.8 Informe sobre la Estrategia de tecnología de la información de la Oficina Sanitaria Panamericana
- 5.9 Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación
- 5.10 Actualización sobre el nombramiento del Auditor Externo de la OPS para el bienio 2016-2017
- 5.11 Modificaciones del Reglamento Financiero y las Reglas Financieras de la OPS

**6. ASUNTOS RELATIVOS AL PERSONAL**

- 6.1 Modificaciones del Estatuto y el Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
- 6.2 Informe sobre la elaboración de la Estrategia de recursos humanos de la Oficina Sanitaria Panamericana: una estrategia para el personal
- 6.3 Estadísticas con respecto a la dotación de personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
- 6.4 Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS

**7. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL**

- 7.1 Proyecto de presupuesto por programas 2016-2017 de la OMS
- 7.2 [SUPRIDO]
- 7.3 Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015: informe final
- 7.4 Evaluación del Plan de acción para la ejecución de la política en materia de igualdad de género y líneas estratégicas de acción propuestas
- 7.5 Situación de la modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana (PMIS)
- 7.6 Informe sobre la transmisión del virus del chikunguña y su repercusión en la Región de las Américas
- 7.7 El Reglamento Sanitario Internacional y la enfermedad por el virus del Ébola
- 7.8 Informes de progreso sobre asuntos técnicos:
  - A. Aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
  - B. Propuesta de plan regional decenal sobre salud bucodental para las Américas
  - C. Plan de acción sobre la seguridad vial
  - D. Prevención y control del dengue en las Américas
  - E. La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica
  - F. Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud

G. Situación de los Centros Panamericanos

**7. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL** (*cont.*)

7.9 Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS:

A. 68.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud

B. Organizaciones subregionales

**8. OTROS ASUNTOS**

**9. CLAUSURA DE LA SESIÓN**

**Anexo B**

**LISTA DE DOCUMENTOS**

**Documentos oficiales**

*Doc. oficial 349* Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2014

**Documentos de trabajo**

CE156/1, Rev. 3 Adopción del orden del día y del programa de reuniones

CE156/2 Representación del Comité Ejecutivo en el 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

CE156/3, Rev. 1 Orden del día provisional del 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

CE156/4, Rev. 1 Informe de la novena sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración

CE156/5 y Add. I Premio OPS en Administración (2015)

CE156/6 Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS

CE156/7 Informe anual de la Oficina de Ética (2014)

CE156/8 Informe del Comité de Auditoría de la OPS

CE156/9 Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS

CE156/10, Rev. 1, Add. I, y Add II Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2016-2017

CE156/11 Reforma de la OMS

CE156/12, Rev. 2 Plan de acción sobre inmunización

CE156/13 Estrategia y plan de acción sobre demencias y otros trastornos discapacitantes en las personas mayores

---



**Documentos de trabajo** (cont.)

CE156/14	Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer
CE156/15, Rev. 1	Plan de acción sobre la salud de los trabajadores
CE156/16	Plan de acción para la prevención y control de la tuberculosis
CE156/17	Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos
CE156/18	Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales
CE156/19, Rev. 2	Estrategia sobre legislación relacionada con la salud
CE156/20 y Add. 1	Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas
CE156/21	Propuesta para el uso del saldo del excedente presupuestario y del excedente de la implementación de las IPSAS
CE156/22	Programación del excedente de los ingresos
CE156/23	Seguro de enfermedad tras la separación del servicio
CE156/24, Rev. 1	Informe sobre el Fondo Maestro de Inversiones de Capital y la nueva evaluación de los proyectos relativos a los bienes inmuebles incluidos en el Plan Maestro de Inversiones de Capital
CE156/25	Situación de los proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial de la OPS
CE156/26	Informe sobre la Estrategia de tecnología de la información de la Oficina Sanitaria Panamericana
CE156/27, Rev. 1	Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación
CE156/28	Actualización sobre el nombramiento del Auditor Externo de la OPS para el bienio 2016-2017
CE156/29	Modificaciones del Reglamento Financiero y las Reglas Financieras de la OPS

**Documentos de trabajo** (cont.)

CE156/30	Modificaciones del Estatuto y el Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
CE156/31	Informe sobre la elaboración de la Estrategia de recursos humanos de la Oficina Sanitaria Panamericana: una estrategia para el personal
CE156/32	Estadísticas con respecto a la dotación de personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
CE156/33	Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS

**Documentos de información**

CE156/INF/1	Proyecto de presupuesto por programas 2016-2017 de la OMS
CE156/INF/2	[SUPRIMIDO]
CE156/INF/3	Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015: informe final
CE156/INF/4	Evaluación del Plan de acción para la ejecución de la política en materia de igualdad de género y líneas estratégicas de acción propuestas
CE156/INF/5	Situación de la modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana (PMIS)
CE156/INF/6	Informe sobre la transmisión del virus del chikunguña y su repercusión en la Región de las Américas
CE156/INF/7	El Reglamento Sanitario Internacional y la enfermedad por el virus del Ébola
CE156/INF/8	Informes de progreso sobre asuntos técnicos: <ul style="list-style-type: none"><li>A. Aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco</li><li>B. Propuesta de plan regional decenal sobre salud bucodental para las Américas</li><li>C. Plan de acción sobre la seguridad vial</li><li>D. Prevención y control del dengue en las Américas</li></ul>

**Documentos de información** (*cont.*)

CE156/INF/8

Informes de progreso sobre asuntos técnicos: (*cont.*)

- E. La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica
- F. Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud
- G. Situación de los Centros Panamericanos

CE156/INF/9

Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS:

- A. 68.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud
- B. Organizaciones subregionales

**Anexo C**

**LIST OF PARTICIPANTS/LISTA DE PARTICIPANTES**

**OFFICERS / MESA DIRECTIVA**

**President / Presidente:** Dr. Antonio Barrios (Paraguay)  
**Vice-President / Vicepresidente:** Dra. María Esther Anchía (Costa Rica)  
**Rapporteur / Relator:** Ms. Lydia Jacobs (Trinidad and Tobago)

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

**BAHAMAS**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Delon Brennen  
Deputy Chief Medical Officer  
Ministry of Health  
Nassau, New Providence

**CANADA/CANADÁ**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Ms. Natalie St. Lawrence  
Director  
Multilateral Relations Division  
Office of International Affairs for the  
Health Portfolio  
Health Canada, Ottawa

Delegates – Delegados

Ms. Lucero Hernández  
Senior Policy Advisor  
Multilateral Relations Division  
Office of International Affairs for the  
Health Portfolio  
Health Canada, Ottawa

Ms. Francesca Verhoeve  
Policy Analyst  
Multilateral Relations Division  
Office of International Affairs for the  
Health Portfolio  
Health Canada, Ottawa

**CANADA/CANADÁ (cont.)**

Delegates – Delegados (cont.)

Mr. Brett Maitland  
Counsellor, Alternate Representative  
of Canada to the Organization of  
American States  
Washington, D.C.

Ms. Charlotte McDowell  
Senior Development Officer  
Permanent Mission of Canada to the  
Organization of American States  
Washington, D.C.

Mr. Sudeep Bhattarai  
Senior Health Advisor  
Department of Foreign Affairs, Trade  
and Development  
Ottawa

**COSTA RICA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. María Esther Anchía  
Viceministra de Salud  
Ministerio de Salud  
San José

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Pablo Barahona Kruger  
Embajador, Representante Permanente  
de Costa Rica ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

---

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

**COSTA RICA (cont.)**

Delegates – Delegados (cont.)

Sr. Joshua Céspedes Víquez  
Consejero, Representante Alterno de  
Costa Rica ante la Organización de  
los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**ECUADOR**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Magister Carina Vance Mafla  
Ministra de Salud Pública  
Ministerio de Salud Pública  
Quito

Delegates – Delegados

Excmo. Marco Vinicio Albuja Martínez  
Embajador, Representante Permanente  
del Ecuador ante la Organización de  
los Estados Americanos  
Washington, D.C.

Excmo. Marcelo Vázquez  
Embajador, Representante Alterno del  
Ecuador ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

Magister Carlos Andrés Emanuele Ortíz  
Director Nacional de Cooperación y  
Relaciones Internacionales  
Ministerio de Salud Pública  
Quito

Lic. Cristina Luna  
Analista Responsable de Cooperación  
y Relaciones Internacionales  
Ministerio de Salud Pública  
Quito

Sr. Emilio Arauz  
Consejero, Representante Alterno del  
Ecuador ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

**ECUADOR (cont.)**

Delegates – Delegados (cont.)

Sr. Miguel Loayza  
Segundo Secretario, Representante Alterno  
del Ecuador ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sr. Andrés Sierra  
Segundo Secretario, Representante Alterno  
del Ecuador ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

**GUATEMALA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Excmo. Sr. José María Argueta  
Embajador, Representante Permanente  
de Guatemala ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

Delegate – Delegado

Sra. Olga María Pérez Tuna  
Consejera, Representante Alterna  
de Guatemala ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

**JAMAICA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Kevin Harvey  
Permanent Secretary  
Ministry of Health  
Kingston

Delegate – Delegado

Ms. Fabia Lamm  
Regional Director  
North East Regional Health Authority  
Ministry of Health  
Kingston

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

**PARAGUAY**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Antonio Barrios  
Ministro de Salud Pública y  
Bienestar Social  
Ministerio de Salud Pública y  
Bienestar Social  
Asunción

Delegates – Delegados

Excma. Sra. Elisa Ruiz Diaz  
Embajadora, Representante Permanente  
de Paraguay ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

Dra. Rocío Fernández de Brites  
Directora General de Asesoría Jurídica  
Ministerio de Salud Pública y  
Bienestar Social  
Asunción

Dra. Patricia Giménez  
Directora General de Planificación y  
Evaluación  
Ministerio de Salud Pública y  
Bienestar Social  
Asunción

Sr. Ricardo Chávez Galeano  
Attaché  
Misión Permanente de Paraguay ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y  
TABAGO**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Clive Tilluckdharry  
Principal Medical Officer  
Ministry of Health  
Port-of-Spain

**TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y  
TABAGO (cont.)**

Delegates – Delegados

Ms. Lydia Jacobs  
Deputy Permanent Secretary  
Ministry of Health  
Port-of-Spain

Mr. David Constant  
Director, International Cooperation Desk  
Ministry of Health  
Port-of-Spain

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Jimmy Kolker  
Assistant Secretary  
Office of Global Affairs  
Department of Health and Human Services  
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Ms. Ann Blackwood  
Senior Health Advisor  
Bureau of International Organization Affairs  
Department of State  
Washington, D.C.

Mr. Peter Mamacos  
Director, Multilateral Affairs  
Office of Global Affairs  
Department of Health and Human Services  
Washington, D.C.

Mr. Mitchell Wolfe  
Deputy Assistant Secretary  
Office of Global Affairs  
Department of Health and Human Services  
Washington, D.C.

Ms. Cristina Rabadan-Diehl  
Director  
Office of the Americas  
Office of Global Affairs  
Department of Health and Human Services  
Washington, D.C.

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

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

Delegates – Delegados (cont.)

Ms. Jennifer Slotnick  
Health Team Leader  
Bureau for Latin America and the Caribbean  
US Agency for International Development  
Washington, D.C.

Ms. Melissa Kopolow McCall  
Health Advisor  
Bureau of International Organization Affairs  
Department of State  
Washington, D.C.

Ms. Maya Levine  
International Health Analyst  
Office of the Americas  
Office of Global Affairs  
Department of Health and Human Services  
Washington, D.C.

Ms. Stephanie Martone  
International Health Analyst  
Office of the Americas  
Office of Global Affairs  
Department of Health and Human Services  
Washington, D.C.

Ms. Rachel Wood  
International Health Analyst  
Office of the Americas  
Office of Global Affairs  
Department of Health and Human Services  
Washington, D.C.

Ms. Amanda Wall  
Attorney-Advisor  
Office of the Legal Advisor  
Department of State  
Washington, D.C.

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

Delegates – Delegados (cont.)

Ms. Natalia Machuca  
Technical Advisor  
Office of Regional Sustainable Development  
Latin America and Caribbean Bureau  
US Agency for International Development  
Washington, D.C.

Ms. Laura Olsen  
International Health Analyst  
Office of the Americas  
Office of Global Affairs  
Department of Health and Human Services  
Washington, D.C.

Ms. Deborah Horowitz  
Technical Advisor  
Office of Regional Sustainable Development  
Latin America and Caribbean Bureau  
US Agency for International Development  
Washington, D.C.

Ms. Allison O'Donnell  
International Health Analyst  
Office of the Americas  
Office of Global Affairs  
Department of Health and Human Services  
Washington, D.C.

Mr. Juan Tayco  
International Health Analyst  
Office of the Americas  
Office of Global Affairs  
Department of Health and Human Services  
Washington, D.C.

Ms. Krista Wunsche  
Office of Management, Policy and Resources  
Bureau of International Organization Affairs  
Department of State  
Washington, D.C.

**OTHER MEMBERS NOT SERVING IN THE EXECUTIVE COMMITTEE/  
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ EJECUTIVO**

**BARBADOS**

Ms. Jane Brathwaite  
Counselor, Alternate Representative of  
Barbados to the Organization of  
American States  
Washington, D.C.

Ms. Angela Kinch  
First Secretary  
Permanent Mission of Barbados to the  
Organization of American States  
Washington, D.C.

**BRAZIL/BRASIL**

Sra. Juliana Vieira Borges Vallini  
Chefe, Adjunta de Assessoria de Assuntos  
Internacionais de Saúde  
Ministério da Saúde  
Brasília

Sr. Diogo Henrique Tomaz Afonso Alves  
Técnico Especializado de Assessoria de  
Assuntos Internacionais de Saúde  
Ministério da Saúde  
Brasília

Sr. Erwin Epiphanyo  
Segundo Secretário  
Missão Permanente do Brasil junto à  
Organização dos Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sra. Laís Garcia  
Secretária, Representante Alternata  
Missão Permanente do Brasil junto à  
Organização dos Estados Americanos  
Washington, D.C.

**CHILE**

Sr. Francisco Devia  
Primer Secretario, Representante Alternata de  
Chile ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

**COLOMBIA**

Sra. Adriana Maldonado Ruíz  
Consejera, Representante Alternata de  
Colombia ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sra. Luisa Rueda  
Segunda Secretaria, Representante Alternata  
de Colombia ante la Organización de  
los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**CUBA**

Sr. Jesús Perz  
Primer Secretario  
Sección de Intereses de Cuba  
Washington, D.C.

**EL SALVADOR**

Lic. Cesar Edgardo Martínez Flores  
Consejero, Representante Alternata de  
El Salvador ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

**MEXICO/MÉXICO**

Lic. Hilda Dávila Chávez  
Directora General de Relaciones  
Internacionales  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Lic. José Gustavo Valle Mendoza  
Subdirector, Gestión Interamericana  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Sr. Luis Alberto del Castillo Bandala  
Ministro, Representante Alternata de México  
ante la Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.



**OTHER MEMBERS NOT SERVING IN THE EXECUTIVE COMMITTEE/  
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ EJECUTIVO**

**MEXICO/MÉXICO** (cont.)

Sr. Héctor Arturo Barrio González  
Ministro, Representante Alterno de México  
ante la Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

**SAINT LUCIA/SANTA LUCÍA**

Mrs. Elizabeth Darius-Clarke  
Interim Representative of St. Lucia to the  
Organization of American States  
Washington, D.C.

Mrs. Ms. Safiya Clarke  
Permanent Mission of St. Lucia to the  
Organization of American States  
Washington, D.C.

**PERU/PERÚ**

Sra. Ana Lucía Nieto  
Consejera, Representante Alternata del  
Perú ante la Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

**URUGUAY**

Sr. Néstor Alejandro Rosa Navarro  
Encargado de Negocios a.i.  
Misión Permanente del Uruguay ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**URUGUAY** (cont.)

Sra. Paula Rolando  
Representante Alternata del Uruguay ante la  
Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

Excma. Sra. Carmen Velásquez de Visbal  
Embajadora, Representante Alternata de la  
República Bolivariana de Venezuela ante  
la Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

Sra. Marlene Da Vergen  
Consejera, Representante Alternata  
de la República Bolivariana de Venezuela  
ante la Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

Sra. Asbina Ixchel Marin  
Primera Secretaria, Representante Alternata  
de la República Bolivariana de Venezuela  
ante la Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

Sra. Rocío Figueroa  
Segunda Secretaria, Representante Alternata  
de la República Bolivariana de Venezuela  
ante la Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

**PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES**

**FRANCE/FRANCIA**

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

**OBSERVER STATES / ESTADOS OBSERVADORES**

**SPAIN/ESPAÑA**

Excmo. Sr. D. Jorge Hevia Sierra  
Embajador, Observador Permanente  
de España ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sr. Guillermo Marín  
Observador Permanente Adjunto de  
España ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

**SPAIN/ESPAÑA (cont.)**

Sr. D. David Ndogmo Merino  
Becario  
Misión Observadora Permanente de España  
ante la Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

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

**Hipólito Unanue Agreement/  
Convenio Hipólito Unanue**

Dra. Caroline Chang Campos

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

**American Speech-Language-Hearing  
Association/Asociación Americana del  
Habla, Lenguaje y Audición**

Mrs. Lily Waterston

**American Public Health Association/  
Asociación Americana de Salud Pública**

Mrs. Vina HuLamm

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

Dr. Luiz A. de Lima Pontes

**Latin American Association of  
Pharmaceutical Industries/  
Asociación Latinoamericana de Industrias  
Farmacéuticas**

Dr. Rubén Abete

**Latin American Federation of the  
Pharmaceutical Industry/  
Federación Latinoamericana de la industria  
Farmacéutica**

Sr. Juan Carlos Trujillo de Hart

**National Alliance for Hispanic Health/  
Alianza Nacional para la Salud Hispana**

Ms. Marcela Gaitán

**Sabin Vaccine Institute /Instituto de  
Vacunas Sabin**

Mr. Brian Davis  
Ms. Katie Waller

**U.S. Pharmacopeia**

Mr. Damian Cairatti

**SPECIAL GUESTS / INVITADOS ESPECIALES**

**PAHO Audit Committee/  
Comité de Auditoría de la OPS**

Ms. Amalia Lo Faso

**External Auditor, Court of Audit of  
Spain/Auditor Externo, Tribunal de Cuentas  
de España**

Sr. José Luis Cea Claver  
Sr. Miguel Ángel Sánchez del Águila

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

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

Dr. Carissa F. Etienne

**Advisors to the Director/  
Asesores de la Directora**

Dr. Isabella Danel  
Deputy Director  
Directora Adjunta

Dr. Francisco Becerra  
Assistant Director  
Subdirector

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

Mr. Gerald Anderson  
Director of Administration  
Director de Administración

Dr. Heidi Jiménez  
Legal Counsel, Office of the Legal Counsel  
Asesora Jurídica, Oficina del Asesor  
Jurídico

Ms. Piedad Huerta  
Senior Advisor, Governing Bodies Office  
Asesora Principal, Oficina de los Cuerpos  
Directivos

- - -