



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
WORLD HEALTH ORGANIZATION



152.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA del 17 al 21 de junio del 2013

CE152/FR (Esp.)
21 de junio del 2013
ORIGINAL: INGLÉS

INFORME FINAL

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Apertura de la sesión	6
 Asuntos relativos al Reglamento	
Establecimiento de la Mesa Directiva.....	7
Adopción del orden del día y del programa de reuniones	7
Representación del Comité Ejecutivo en el 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.	7
Orden del día provisional del 52.º Consejo Directivo de la OPS 65.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas	7
 Asuntos relativos al Comité	
Informe de la séptima sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración	9
Premio OPS en Administración (2013)	10
Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS	10
Informe anual de la Oficina de Ética (2012).....	11
Informe del Comité de Auditoría de la OPS.....	14
Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS	16
 Asuntos relativos a la política de los programas	
Proyecto de Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019	16
Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2014-2015	21
Protección social en salud.....	24
Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles	26
Formulación de políticas basadas en la evidencia para los programas nacionales de inmunización.....	30
Cooperación entre países para el desarrollo sanitario en las Américas	31
Enfermedad renal crónica de las comunidades agrícolas de Centroamérica	34
 Asuntos administrativos y financieros	
Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas.....	35
Informe financiero del Director e Informe del Auditor Externo para 2012.....	36
Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación	40
Modificaciones del Reglamento Financiero	42

CONTENIDO (cont.)

Página

Asuntos administrativos y financieros (cont.)

Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros.....	42
Situación de los proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial de la OPS.....	43
Plan Maestro de Inversiones de Capital.....	43

Asuntos relativos al personal

Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	45
Estadísticas con respecto a la dotación de personal de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	46
Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS.....	48

Asuntos de información general

Actualización sobre la reforma de la OMS.....	49
Duodécimo Programa General de Trabajo 2014-2019 y Presupuesto por Programas 2014-2015 de la OMS.....	52
Proyecto de Modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana: Informe de progreso.....	54
Informe sobre la 16. ^a Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, en Salud y Agricultura (RIMSA 16).....	57
Tercer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud: informe sobre los preparativos (por Brasil)	58
La salud en la agenda para el desarrollo después del 2015: informe sobre los preparativos para el debate de tipo panel.....	59
Informes de progreso sobre asuntos técnicos.....	61
A. Estrategia y Plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño (2008-2015): evaluación de mitad de período	61
B. Estrategia y Plan de acción para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita: Evaluación de mitad de período.....	61
C. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de salud en la Región de las Américas	61
D. Aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.....	61
E. Plan regional de salud de los trabajadores	62
F. Hacia la eliminación de la oncocercosis (ceguera de los ríos) en las Américas.....	62
G. Plan regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud.....	62
H. Implementación del Reglamento Sanitario Internacional	63

CONTENIDO (cont.)

Página

Asuntos de información general (cont.)

Informes de progreso sobre asuntos técnicos: (cont.)

I. Situación de los Centros Panamericanos..... 63

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

A) 66.^a Asamblea Mundial de la Salud.....63

B) Organizaciones subregionales.....63

Otros asuntos..... 65

Clausura de la sesión 65

Resoluciones y decisiones

Resoluciones

CE152.R1: Recaudación de las contribuciones señaladas.....65

CE152.R2: Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de
Auditoría de la Organización Panamericana de la Salud.....66

CE152.R3: Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud
pública para los Estados Miembros67

CE152.R4: Protección social en salud.....68

CE152.R5: Formulación de políticas basadas en la evidencia para los
programas nacionales de inmunización71

CE152.R6: Uso del saldo remanente al finalizar los proyectos financiados a
partir de la Cuenta Especial73

CE152.R7: Proyecto de Plan Estratégico de la Organización Panamericana
de la Salud 2014-201974

CE152.R8: Modificaciones del Reglamento Financiero77

CE152.R9: Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones
oficiales con la Organización Panamericana de la Salud.....78

CE152.R10: Premio OPS en Administración 201379

CE152.R11: Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina
Sanitaria Panamericana.....80

CE152.R12: Orden del día provisional del 52.º Consejo Directivo de la OPS,
65.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.....83

CE152.R13: La cooperación entre países para el desarrollo sanitario en las
Américas84

CE152.R14: La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas en
Centroamérica87

CONTENIDO (cont.)

Página

Resoluciones (cont.)

CE152.R15:	Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles	90
CE152.R16:	Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2015	93
CE152.R17:	Contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el 2014-2015	99

Decisiones

CE152(D1):	Adopción del orden del día	106
CE152(D2):	Representación del Comité Ejecutivo en el 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas	106

Anexos

Anexo A.	Orden del día
Anexo B.	Lista de documentos
Anexo C.	Lista de participantes
Anexo D.	Informe de la Reunión Especial de la 152.ª sesión del Comité Ejecutivo efectuada el 29 de abril del 2013

INFORME FINAL

Apertura de la sesión

1. La 152.^a sesión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se celebró en la sede de la Organización, en Washington, D.C., del 17 al 20 de junio del 2013. La sesión contó con la presencia de los delegados de los siguientes nueve miembros del Comité Ejecutivo elegidos por el Consejo Directivo: Brasil, Canadá, Chile, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Jamaica, Paraguay y Perú. También asistieron en calidad de observadores, delegados de los siguientes Estados Miembros, Estados Participantes y Estados Observadores: Aruba, Barbados, Colombia, España, Guatemala, Honduras, México, República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de). Además, estuvieron representados un organismo de las Naciones Unidas y cinco organizaciones no gubernamentales.
2. El Comité también celebró una reunión especial antes de la apertura formal de la sesión para tratar los asuntos relacionados con la asignación de los fondos a la Región por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El informe de esa reunión se encuentra en el anexo D al presente informe.
3. El doctor Víctor Raúl Cuba Oré (Perú, Presidente del Comité Ejecutivo) inauguró la sesión y dio la bienvenida a los asistentes. La doctora Carissa Etienne (Directora, Oficina Sanitaria Panamericana [OSP]), también les dio la bienvenida a los asistentes. Señaló que esta reunión del Comité coincidía con una coyuntura muy importante en la salud pública mundial. Agregó que era cada vez mayor el reconocimiento de la función crucial que desempeña la salud no sólo como insumo para el desarrollo sostenible sino como uno de sus resultados. La OPS y la OMS estaban trabajando para colocar a la salud en un lugar prominente en la agenda para el desarrollo después del 2015. Informó que el Comité abordaría varios asuntos importantes, como el Plan Estratégico 2014-2019, que va a configurar el trabajo de la Organización a lo largo de los próximos seis años, así como el próximo presupuesto bienal, que asegurará a la Oficina el financiamiento necesario para llevar a cabo el Plan. Además, el Comité iba a considerar un proyecto de plan regional de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, un tema de gran importancia debido a los efectos sociales, económicos y sanitarios de esas enfermedades. Esperaba que los debates sobre estos y otros temas del orden del día del Comité fuesen muy fructíferos.

Asuntos relativos al Reglamento

Establecimiento de la Mesa Directiva

4. Los siguientes Estados Miembros elegidos para constituir la Mesa Directiva en la 151.^a sesión del Comité siguieron desempeñando sus cargos respectivos en la 152.^a sesión:

<i>Presidencia:</i>	Perú	(Dr. Victor Raúl Cuba Oré)
<i>Vicepresidencia:</i>	El Salvador	(Dr. Matías Villatoro)
<i>Relatoría:</i>	Jamaica	(Exmo. Sr. Dr. Fenton Ferguson)

5. La Directora se desempeñó en calidad de Secretaria ex officio y el doctor Jon Kim Andrus (Director Adjunto, OSP) actuó como Secretario Técnico.

Adopción del orden del día y del programa de reuniones (documentos CE152/1, Rev. 1, y CE152/WP/1)

6. El Comité adoptó el orden del día provisional contenido en el documento CE152/1, Rev. 1, con un agregado: a petición del Delegado de El Salvador se agregó un tema sobre la enfermedad renal crónica de las comunidades agrícolas de Centroamérica bajo el punto Asuntos Relativos a la Política de los Programas (decisión CE152[D1]). El Comité adoptó también un programa de reuniones (CE152/WP/1).

Representación del Comité Ejecutivo en el 52.^o Consejo Directivo de la OPS, 65.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE152/2).

7. De conformidad con el Artículo 54 del Reglamento Interno, el Comité Ejecutivo nombró a los delegados de Perú y El Salvador, su Presidente y Vicepresidente, respectivamente, para representar al Comité en el 52.^o Consejo Directivo, 65.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Los delegados de Chile y Jamaica fueron elegidos como representantes suplentes (decisión CE152[D2]).

Orden del día provisional del 52.^o Consejo Directivo de la OPS 65.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CE152/3)

8. La señora Piedad Huerta (Asesora Principal, Oficina de Cuerpos Directivos, OSP) presentó el orden del día provisional del 52.^o Consejo Directivo, 65.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Señaló que, de conformidad con la resolución CSP28.R6, que había delegado la responsabilidad sobre varios temas determinados al Comité Ejecutivo, los informes sobre el Plan Maestro de Inversiones de Capital y el Proyecto de Modernización del Sistema de Información Gerencial de la OSP no se incluirían en el programa del Consejo, aunque el Consejo recibiría información sobre esos dos temas en el informe del Presidente del Comité Ejecutivo. El informe sobre la

enfermedad renal crónica de las comunidades agrícolas de Centroamérica se agregaría al programa bajo el punto Asuntos Relativos a la Política de los Programas. Se había pedido a los comités regionales de la OMS que trataran varios asuntos, entre otros la reforma de la OMS, la salud en la agenda para el desarrollo después de 2015 y los criterios de prórroga de la fecha límite para cumplir los requisitos de capacidad básica de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005); por lo tanto, esos temas se habían colocado en el programa, este último bajo el punto Asuntos Relativos a la Política de los Programas. Además, la Oficina estaba a la espera de un documento de la OMS sobre las atribuciones de un mecanismo mundial de coordinación de las medidas contra las enfermedades no transmisibles; una vez que llegara el documento, la Directora decidiría si el tema debía agregarse al orden del día del Consejo Directivo.

9. La delegada del Brasil, al referirse a la intervención de su delegación en el Tercer Foro Mundial sobre los Recursos Humanos para la Salud (véanse los párrafos 202 a 206 más abajo), solicitó que el tema sobre los recursos humanos para la salud se agregara al programa bajo el punto Asuntos Relativos a la Política de los Programas. Hizo notar que su delegación ya había hecho circular un proyecto de resolución sobre el tema, cuyo objetivo era intensificar la atención hacia la cuestión de los recursos humanos para la salud, teniendo en cuenta el resultado previsto del Foro Mundial y los debates en marcha relativos a la salud en la agenda para el desarrollo después del 2015. El delegado de El Salvador solicitó que se agregara un informe sobre la tuberculosis bajo el punto Asuntos de Información General; subrayó que la evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas (véase el párrafo 14 más abajo) había destacado la necesidad de redoblar esfuerzos para prevenir y controlar la enfermedad. El delegado de Guatemala hizo hincapié en la Declaración de Antigua (Guatemala) “Por una política integral frente al problema mundial de las drogas en las Américas”, adoptada durante el cuadragésimo tercer período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA), y señaló que la Declaración ordenaba un proceso de consulta sobre el tema de las drogas ilícitas, como preparación para una reunión extraordinaria de la Asamblea General de la OEA que se celebraría en el 2014. Solicitó que se agregara al orden del día un punto sobre el problema de las drogas en las Américas bajo Asuntos Relativos a la Política de los Programas.

10. Se acordó que se agregaría al programa un punto sobre los recursos humanos para la salud bajo Asuntos Relativos a la Política de los Programas y que la Oficina trabajaría con la delegación del Brasil para preparar un informe y proyecto de resolución sobre el tema. La señora Huerta sugirió que la información sobre la prevención y el control de la tuberculosis podría incluirse en el informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las Metas de Salud de la Región de las Américas.

11. La Directora, para responder a la solicitud del Delegado de Guatemala, recordó que los Cuerpos Directivos habían adoptado recientemente una estrategia regional y un

plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública¹ y sugirió que quizá bastaría con la presentación de un informe acerca de los progresos logrados con las actividades en marcha en ese contexto. Varios delegados, aunque estaban de acuerdo con la idea de recibir un informe sobre el tema, opinaron que el tema debía tratarse bajo el punto Asuntos de Información General, bien como un informe sobre los progresos realizados en la ejecución de la estrategia y el plan de acción, como sugirió la Directora, o como parte del informe sobre las resoluciones y otras acciones de organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS. Después de otros debates, se decidió incluir el tema bajo el último punto.

12. El Comité aprobó la resolución CE152.R12, en la que se adoptaba el orden del día provisional (documento CD52/1) contenido en el documento CE152/3, con las modificaciones antedichas.

Asuntos relativos al Comité

Informe de la séptima sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración (documento CE152/4)

13. El doctor Matías Villatoro (El Salvador, Presidente del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración había celebrado su séptima sesión del 18 al 22 de marzo del 2013 y además una reunión especial virtual el 17 de abril del 2013 para concluir sus deliberaciones sobre la asignación de fondos por la OMS a la Región de las Américas. El Subcomité había tratado varios asuntos financieros, administrativos y programáticos, entre otros el anteproyecto de Plan Estratégico 2014-2019 de la OPS, el anteproyecto de Programa y Presupuesto de la OPS correspondiente al 2014-2015 y los resultados de la Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas. Observó que, debido a que todos excepto uno de los asuntos tratados por el Subcomité también se encontraban en el orden del día del Comité Ejecutivo, informaría sobre ellos a medida que el Comité los abordara.

14. El único tema examinado por el Subcomité que no se remitió al Comité Ejecutivo para su consideración fue la Evaluación de mitad de período 2008-2017 de la Agenda de Salud para las Américas, que evaluaba la forma en que la Agenda de Salud había contribuido a la planificación y la programación en materia de salud a los niveles nacional y subregional y en qué medida había influido en las actividades de los organismos internacionales que trabajan en el área de la salud. Uno de los resultados fundamentales había sido que, si bien los países habían utilizado la Agenda en forma generalizada para el diseño de sus estrategias políticas y planes de salud, las organizaciones internacionales la habían utilizado solo en forma limitada. La evaluación

¹ Véanse las resoluciones CD50.R2 (2010) y CD51.R7 (2011).

determinó que se habían logrado avances satisfactorios en todas las ocho áreas de acción identificadas según la Agenda de Salud para las Américas. No obstante, era necesario intensificar las actividades con respecto a varias áreas, entre otras la mortalidad materna, el dengue, la tuberculosis, la infección por el VIH/sida, la obesidad, el gasto público como porcentaje del PIB, y el gasto privado de bolsillo en el ámbito de la salud. El doctor Villatoro informó que el Subcomité había subrayado la importancia de crear mayor conciencia sobre la Agenda y promover su uso continuo en la planificación y formulación de políticas a los niveles nacional y subregional y, en especial, en los organismos internacionales de cooperación. La promoción de la Agenda entre estos últimos se había considerado fundamental para ayudar a abordar los determinantes de la salud que se encontraban fuera del control directo del sector de la salud.

15. Luego de los comentarios del doctor Villatoro, un delegado subrayó la importancia de adoptar métodos y criterios claros para la transferencia de los recursos de la OMS a la Región. El doctor Villatoro señaló que abordaría ese asunto más detalladamente cuando el Comité examinara el tema del Programa y Presupuesto de la OPS para 2014-2015 (véanse los párrafos 56 a 68 más abajo).

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

Premio OPS en Administración (2013) (documentos CE152/5 y CE152/5, Add.1)

17. El señor Luis Castillo (Chile) informó que el Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración (2013), integrado por representantes de Canadá, Chile y Estados Unidos de América, se había reunido el 18 de junio del 2013. Luego de examinar la información sobre el único candidato propuesto por los Estados Miembros, el Jurado había decidido conferir el Premio OPS en Administración (2013) al doctor Brendan Courtney Bain, de Jamaica, por sus contribuciones a la consolidación de la fuerza laboral de salud pública en el Caribe.

18. El Comité Ejecutivo felicitó al doctor Bain, aprobó la resolución CE152.R10, acerca de la decisión del Jurado y transmitió su informe (documento CE152/5, Add. I) al 52.º Consejo Directivo.

Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS (documento CE152/6)

19. El doctor Matías Villatoro (Presidente 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 durante su séptima sesión para considerar la solicitud de una organización no gubernamental (ONG) que deseaba entablar relaciones oficiales con la OPS y examinar la situación de siete organizaciones no gubernamentales que actualmente mantienen

relaciones oficiales con la Organización. El Subcomité había decidido recomendar que el Comité Ejecutivo admitiera a la Asociación Estadounidense de Salud Pública (APHA) en relaciones oficiales con la OPS por un período de cuatro años y que se mantuvieran las relaciones oficiales entre la OPS y la Sociedad Estadounidense de Microbiología (ASM), la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS), la Federación Internacional de la Diabetes (FID), la Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica (FIFARMA), la March of Dimes, la Convención de la Farmacopea de Estados Unidos (USP) y la Asociación Mundial de Salud Sexual (WAS, anteriormente Asociación Mundial de Sexología), también por un período de cuatro años.

20. Un representante de la Asociación Estadounidense de Salud Pública expresó su agradecimiento al Comité por haber respaldado la solicitud de su organización para entablar relaciones oficiales con la OPS. Señaló que APHA había colaborado con la OPS durante varios años con miras a mejorar la salud de la población de la Región. Agradeció la oportunidad de formalizar su asociación con la Organización, en particular para impulsar la misión compartida de garantizar el acceso universal a la atención de salud.

21. La doctora Irene Klinger (Gerente de Área, Relaciones Externas, Movilización de Recursos y Asociaciones, OSP) agradeció al Subcomité su trabajo al examinar las relaciones con las diversas ONG y reconoció la presencia de representantes de varias de las organizaciones con la que la OPS mantenía relaciones oficiales. Al darle la bienvenida a la Asociación Estadounidense de Salud Pública, luego de haber sido aceptada para entablar relaciones oficiales con la Organización, dijo que el trabajo constante de la OPS con APHA sería muy importante en varias áreas, entre otras salud ambiental, promoción de la causa de los jóvenes y liderazgo, asuntos de salud en la frontera entre México y los Estados Unidos y fortalecimiento de la capacidad de movilización de recursos.

22. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE152.R9, para ratificar las recomendaciones del Subcomité.

Informe anual de la Oficina de Ética (2012) (documento CE152/7)

23. El señor Philip MacMillan (Gerente, Oficina de Ética, OSP) presentó un resumen del informe anual correspondiente al 2012 de la Oficina de Ética, y señaló que, en su calidad de coordinador de Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos de la OPS (SGAIC), también presentaría información pertinente relacionada con algunos de los puntos presentados en el informe de la Asociación de Personal de la OPS/OMS (véanse los párrafos 164 a 169 más abajo). Recordó que la Oficina de Ética tenía dos responsabilidades primordiales: brindar orientación sobre ética al personal e investigar las supuestas faltas de conducta. En el 2012, la Oficina había recibido 85 consultas sobre una variedad de temas y había tramitado 43 informes acerca de comportamientos que suscitaban preocupaciones de índole ética. Alrededor de dos terceras partes de esos informes se habían presentado en forma anónima por conducto del servicio de ayuda sobre ética, una proporción mucho mayor que lo habitual. Era digno de

mención que en ninguno de los informes del 2012 se mencionaban imputaciones de fraude financiero o corrupción, sino que mostraban inquietudes generales del lugar de trabajo y percepciones de comportamiento poco ético. Algunos de los casos se referían a posible conflicto de intereses y hubo un caso grave de acoso sexual que había conducido a la destitución de un funcionario. La Oficina había recibido 21 informes de robo o pérdida de propiedad de la OPS, en particular de computadoras portátiles y teléfonos inteligentes. Las pérdidas totales ocasionadas por esos casos habían ascendido a \$10.968.² Se había determinado que algunas de las pérdidas resultaban de que los equipos no se habían cuidado en forma razonable y no se había ejercido la diligencia debida; por consiguiente, en julio del 2012 se había adoptado una política de rendición de cuentas sobre los recursos.

24. Volviendo al sistema interno de justicia de la Organización, observó que si bien ninguno de estos sistemas era perfecto y siempre era posible hacer mejoras, el Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos de la OPS tenía muchas características que lo colocaban a la vanguardia de los sistemas de resolución de controversias en los organismos internacionales. La Asociación de Personal de la OPS/OMS formaba parte del sistema y se reunía regularmente con los otros miembros del SGAIC para considerar los asuntos de interés y los cambios de política necesarios. Un cambio digno de mención en el 2012 había sido la introducción de una política más avanzada sobre la prevención y la resolución del acoso en el lugar de trabajo, según la cual se había ampliado el conjunto de comportamientos que constituían acoso para incluir la intimidación, el abuso de autoridad y la creación de un entorno de trabajo hostil. La política también establecía un plazo para la resolución de las quejas.

25. La Oficina de Ética, que coordinaba el SGAIC, era una entidad independiente sin relación de dependencia directa con otra entidad o persona en la Organización. Esa independencia contribuía a garantizar que las investigaciones sobre las supuestas faltas de conducta fuesen objetivas e imparciales. Recientemente se había reconstituido la Junta de Apelación, otro componente del sistema, para incluir a un presidente externo, un paso significativo para mejorar su independencia, objetividad y profesionalismo, además de acelerar la resolución de los casos. La externalización completa del proceso de apelaciones de la OPS, como habido sugerido la Asociación de Personal, requeriría un examen minucioso del sistema interno de justicia de la Organización.

26. En el 2010, se había adoptado un protocolo de investigación, luego de una consulta amplia con todos los miembros del SGAIC, entre ellos, la Asociación de Personal, que ahora afirmaba que el protocolo era inadecuado. Esos y otros temas planteados por la Asociación de Personal en su intervención³ podrían tratarse en la próxima reunión del SGAIC. Aunque los funcionarios tenían derecho a apelar si

² A menos que se indique otra cosa, todos los valores monetarios en este informe se expresan en dólares de los Estados Unidos.

³ Documento CE152/24 (2013).

opinaban que el protocolo no se había aplicado correctamente, hasta la fecha ninguna investigación se había cuestionado ni revocado con esa justificación. La Oficina de Ética era del parecer de que deberían ampliarse las actividades destinadas a informar al personal acerca de los diversos recursos que están a su alcance para abordar las inquietudes acerca del lugar de trabajo o ejercer su derecho a la apelación. Además, era necesario instaurar medidas más proactivas para concientizar al personal sobre los temas de ética y evitar que las situaciones llegaran a un punto en el que una queja formal era la única opción viable. Con esa finalidad, la Oficina de Ética había efectuado encuestas, campañas de sensibilización y cursos de capacitación; además, había propuesto elaborar una serie de folletos de orientación sobre temas como fraude y corrupción, conflictos de intereses, empleo y actividades externas, y regalos y hospitalidad.

27. En el debate que siguió, los miembros del Comité expresaron su agradecimiento a la Oficina de Ética por promover una cultura de integridad y rendición de cuentas entre el personal. Se subrayó que la prevención era la mejor solución, y se instó a la Oficina a que siguiera esforzándose por evitar conflictos, mediante la promoción de la conducta ética y la difusión de información acerca de lo que se entendía como comportamientos aceptables. Se sugirió que la conducta ética en el caso de la OPS iba más allá del acatamiento de las directrices de ética y abarcaba el comportamiento que ejemplificaba los valores y la misión de la Organización. Una delegada preguntó acerca de la unidad de ética que se estaba estableciendo actualmente dentro de la OMS y si había un mecanismo establecido para intercambiar mejores prácticas que pudieran ser beneficiosas tanto para la OPS como para la OMS.

28. El señor MacMillan respondió que le había suministrado información a la Secretaría de la OMS acerca del programa de ética de la OPS y había ofrecido asesoramiento sobre la descripción del puesto para el oficial de ética de la OMS. Estuvo de acuerdo en que la formación continua y la sensibilización eran esenciales para fomentar un ambiente de trabajo caracterizado por el respeto y prevenir los comportamientos poco éticos. Todo el personal nuevo recibía capacitación en los asuntos de ética y se había impartido esa misma capacitación al personal de todas las oficinas en los países, pero era necesario hacer todavía más. La Oficina de Ética redoblaría sus esfuerzos para mejorar los conocimientos sobre los límites del comportamiento aceptable, no solo para prevenir los conflictos, sino también para evitar que los funcionarios de la OPS tuvieran que atender reclamos injustificados.

29. La Directora dijo que el programa de ética de la OPS era uno de los mejores entre los organismos internacionales en cuanto al número de recursos a disposición del personal para atender las preocupaciones de índole ética en el lugar de trabajo. Esos recursos eran la Oficina del Mediador, la Oficina de Ética, el Área de Gestión de Recursos Humanos, la Oficina del Asesor Jurídico, la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación, Seguridad de la Información, la Junta de Apelación de la OPS y el Tribunal Administrativo de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Junto con

la Asociación de Personal, esos recursos formaban el Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos. Prestaban una variedad de servicios que iban desde la resolución informal de conflictos hasta audiencias formales ante el Tribunal Administrativo de la OIT, cuyas decisiones eran vinculantes. Desde luego, siempre había posibilidades de mejorar, y la Oficina seguiría tratando de lograr que el sistema en su totalidad funcionara lo más eficazmente posible. Se esforzaría al máximo para promover un espíritu de sinceridad y transparencia, además de crear un entorno de trabajo en el que todo el personal se sienta respetado y esté motivado a respetar a sus colegas.

30. El Comité tomó nota del informe.

Informe del Comité de Auditoría de la OPS (documento CE152/8, Rev. 1)

31. El señor Alain Gillette (Presidente, Comité de Auditoría de la OPS) resumió el contenido del informe del Comité de Auditoría y recordó que el Comité de Auditoría desempeñaba una función asesora con respecto a los asuntos financieros y contables. Señaló que el informe contenía once recomendaciones, que representaban el resultado final de las dos sesiones y las visitas a los países efectuadas por el Comité de Auditoría durante el período de presentación del informe. Por primera vez, el informe también contenía una autoevaluación por el Comité de Auditoría de su trabajo.

32. Al destacar diversos aspectos del informe, dijo que el Comité de Auditoría había quedado plenamente satisfecho con el trabajo del nuevo auditor externo de la Organización (véanse los párrafos 118 a 126 más abajo). Con respecto a la auditoría interna, las actividades de la Oficina de Servicios de Supervisión Interna (véanse párrafos 127 a 133 más abajo) y el seguimiento de sus recomendaciones también habían sido totalmente satisfactorias. Había una sinergia adecuada, sin duplicación, entre las actividades de los auditores internos y los externos. La Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación ahora estaba plenamente dotada de personal, aunque quizás sería necesario disponer de más personal para permitirle a la Oficina llevar a cabo eficazmente sus nuevas funciones de evaluación. Se habían logrado avances al poner en práctica las recomendaciones de auditorías anteriores, pero había posibilidades de mejorar, en particular con respecto a algunos temas recurrentes, que exigían medidas más fuertes por parte de la Gerencia. El Comité de Auditoría había indicado que la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación debía considerar la posibilidad de introducir una categoría “parcialmente ejecutada” en sus informes para indicar que se había tomado una medida con respecto a una recomendación, pero la medida no se había aplicado en su totalidad.

33. Los estados financieros de la Organización se presentaron de conformidad con las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS). Sin embargo, algunos datos financieros todavía se estaban procesando en forma manual, lo que inevitablemente conllevaba riesgos. Esa situación persistiría hasta que estuviera funcionando el nuevo Sistema de Información Gerencial de la OSP (PMIS) (véanse párrafos 188 a 196 más

abajo). La reestructuración reciente del proyecto del Sistema de Información Gerencial había abordado la mayoría de los problemas detectados por el Comité de Auditoría en años anteriores. Sin embargo, podría ser necesario contar con recursos humanos adicionales para conseguir que el proyecto se terminara a tiempo. Se habían logrado avances con respecto a los controles internos y la gestión de riesgos, pero era necesario atender los asuntos planteados por la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación, en particular los relacionados con la orientación sobre procedimientos no actualizados y fragmentados. Con respecto a la ética y el fraude, el Comité de Auditoría recibió con beneplácito el folleto sobre tolerancia cero para el fraude y la corrupción y recomendó que se hiciera una orientación similar para otros temas, como conflictos de intereses. También recomendó que la política de tolerancia cero debía aplicarse no solo al personal sino también a los socios ejecutores y a los proveedores.

34. En el debate que siguió, los delegados subrayaron la necesidad de velar por que las normas y los procedimientos se actualizarán y aplicaran sistemáticamente, no solo en la sede de la OPS sino también en las oficinas en los países. Se manifestó preocupación acerca de la falta de uniformidad en los procedimientos de las oficinas en los países y se sugirió que todas las oficinas debían recibir una visita de auditoría. Se le pidió a la Oficina que formulara observaciones acerca de la conclusión del Comité de Auditoría de que un número considerable de recomendaciones de auditorías anteriores se había ejecutado solo parcialmente. Se pidió más información acerca de la definición de las funciones de la Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF), de la periodicidad de las evaluaciones de los centros panamericanos, así como de la posibilidad de llevar a cabo evaluaciones independientes del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME) y del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA), de acuerdo con las recomendaciones del Comité de Auditoría.

35. El señor Guillermo Birmingham (Director de Administración, OSP) dijo que la Oficina había finalizado un examen detallado de las normas y los procedimientos antiguos y había anunciado en marzo del 2012 que las únicas normas y procedimientos oficiales de la Organización eran los contenidos en el Manual Electrónico de la OPS/OMS. Sin embargo, la OPS era una organización descentralizada con oficinas en los países, dispersas geográficamente y con características diferentes; en consecuencia, no todas las normas o procedimientos podrían aplicarse de la misma manera. En tales casos, era apropiado que se siguieran ciertos procedimientos normalizados de trabajo, a condición de que estuvieran de acuerdo con la política general de la Organización. Con respecto a la sugerencia de que todas las oficinas en los países debían recibir visitas de auditoría, la decisión de efectuar esas visitas se fundamentaba en los perfiles de riesgo de las oficinas, lo que coincidía con la práctica de la OMS y muchos organismos del sector público. Sin embargo, la Oficina estaba estudiando la manera de conseguir que la gestión de riesgos se vigilara adecuadamente en todas las oficinas en los países. En cuanto a la inclusión de una categoría “parcialmente ejecutada” en los informes futuros de auditoría

interna, creía que la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación había aceptado esa sugerencia.

36. La Directora dijo que todos los centros panamericanos se examinaban regularmente y se presentaban informes a los Cuerpos Directivos. No estaba segura de la periodicidad de los exámenes, pero se proponía determinarlo. Agradeció al Comité de Auditoría su trabajo y sus recomendaciones, que la Oficina procuraría abordar.

37. El Comité tomó nota del informe.

Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS (documento CE152/9)

38. El doctor Matías Villatoro (Presidente del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) dijo que se había comunicado al Subcomité que el mandato de uno de los miembros fundadores del Comité de Auditoría caducaría en junio del 2013 y que, por consiguiente, sería necesario que el Comité Ejecutivo, en su 152.a sesión, nombrara a un nuevo miembro para integrar el Comité de Auditoría. El Subcomité también recibió información de que la Directora había determinado que el miembro en cuestión, la señora Amalia Lo Faso, estaría dispuesta a servir un segundo mandato y que, por lo tanto, recomendaba que se designara de nuevo a la señora Lo Faso como miembro del Comité de Auditoría por un período de tres años. El Subcomité había ratificado la recomendación de la Directora y, por consiguiente, recomendaba que el Comité Ejecutivo nombrara a la señora Lo Faso para ejercer un segundo mandato. Sin embargo, el Subcomité había indicado que, en el 2014, cuando habrá que elegir a un nuevo miembro, debería haber más de un candidato.

39. El Comité aprobó la resolución CE152.R2 a fin de designar a la señora Lo Faso para ejercer un segundo mandato en el Comité de Auditoría, por un período de tres años, desde junio del 2013 hasta junio del 2016.

Asuntos relativos a la política de los programas

Proyecto de Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (documentos CE152/10, Rev. 1 y CE152/10, Add. I, Rev. 1)

40. El doctor Matías Villatoro (Presidente del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración), al informar sobre la consideración en el Subcomité de una versión anterior del documento sobre este tema (véanse párrafos 8 a 25 del informe final del Subcomité, documento SPBA7/FR), señaló que el Subcomité había aprobado la estructura general del Plan Estratégico 2014-2019, pero había recomendado que el Grupo Consultivo de los Países (CCG) debía examinar más a fondo las categorías de trabajo establecidas en el Plan y su alineación con las categorías del Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS 2014-2019 (véanse los párrafos 181 a 187 más abajo). Algunos miembros del Subcomité habían opinado que los determinantes sociales de la

salud debían incluirse en una categoría específica, mientras que otros pensaban que las categorías del Plan Estratégico de la OPS debían coincidir con las del Programa General de Trabajo de la OMS para evitar confusión y facilitar la vigilancia del progreso.

41. El doctor Victor Raúl Cuba Oré (Perú), al hablar en nombre del Grupo Consultivo de los Países, resumió el trabajo efectuado por el CCG después de la séptima sesión del Subcomité en marzo. Informó que el CCG se había reunido el 29 de mayo del 2013 y había examinado las versiones preliminares tanto del Plan Estratégico 2014-2019 como del Programa y Presupuesto para 2014-2015, el primero de los tres bienios abarcados por el Plan. Como resultado de esa sesión, se había mejorado la cadena de resultados y se había examinado la agenda estratégica del Plan, se había considerado la forma de medir su impacto y se habían definido las áreas programáticas de cada categoría de trabajo. Además, se había llevado a cabo una prueba piloto a fin de validar el método propuesto por la Oficina para estratificar las prioridades programáticas. Los resultados de esa prueba se habían utilizado para establecer la asignación preliminar del presupuesto 2014-2015 entre las áreas programáticas. Para asegurar mayor sentido de propiedad y la participación de cada Estado Miembro en el proceso de elaboración del plan, el CCG había recomendado que se hicieran consultas nacionales sobre el Plan. Si bien la alineación con el Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS había sido una consideración importante en la elaboración del Plan Estratégico, este reflejaba las prioridades específicas regionales identificadas por los Estados Miembros. Tanto el plan como el programa y presupuesto se perfeccionarían sobre la base de la información recibida del Comité Ejecutivo y de las consultas nacionales

42. La doctora Amalia Del Riego (Asesora Principal, Planificación y Coordinación de Recursos, OSP) señaló que las consultas nacionales sobre el Plan ya estaban en marcha y debían concluir a más tardar el 12 de julio del 2013. La finalidad de esas consultas era recibir observaciones de los Estados Miembros con respecto a las líneas de base, las metas y la estratificación de las prioridades programáticas. También se estaban solicitando observaciones sobre el proyecto de Programa y Presupuesto 2014-2015.

43. Al resumir el progreso logrado con respecto al Plan Estratégico y destacar algunas cuestiones clave para su consideración por el Comité Ejecutivo, señaló que entre las revisiones dignas de mención hechas al documento desde su examen por el Subcomité se encontraban el agregado de resultados inmediatos a la cadena de resultados y un esbozo más claro de los resultados cuya responsabilidad recaería únicamente en la Oficina y aquellos para los que los Estados Miembros compartirían la responsabilidad. Señaló que el CCG había subrayado la necesidad de ese esbozo para asegurar que los Estados Miembros tuviesen un sentido fuerte de pertenencia del Plan. También se había incorporado una visión estratégica, representada gráficamente por una pirámide que indicaba cómo los resultados inmediatos, resultados intermedios y los impactos del Plan contribuían todos a su finalidad última: calidad de vida mejorada, desarrollo sostenible y equidad.

44. La sección sobre la agenda estratégica del Plan ahora incluía metas específicas con respecto al impacto, indicadores y objetivos. Observó que la meta con respecto al impacto “mejorar la salud y el bienestar con equidad” se había incluido a petición del CCG porque, a pesar de las dificultades inherentes a la vigilancia del logro de esa meta, se consideraba importante hacer un esfuerzo para encontrar una forma de evaluar la salud y el bienestar que fuese más allá de los indicadores de morbilidad y mortalidad. Se presentaría un compendio completo de los indicadores para su consideración por el CCG y luego se harían los ajustes finales antes de la presentación del documento al Consejo Directivo.

45. Las categorías de trabajo del Plan y las áreas programáticas estaban completamente alineadas con las del Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS, excepto en que los “determinantes de la salud” se habían agregado al nombre de la categoría 3 para destacar la importancia que la Región asignaba a esa cuestión. De igual manera, se habían ampliado algunas de las áreas programáticas para reflejar las prioridades regionales. También se habían incluido las prioridades de liderazgo para la Oficina, siendo la principal los determinantes sociales de la salud. El Plan también establecía el método para estratificar las prioridades programáticas y asignar los recursos entre las diversas categorías y áreas programáticas.

46. Se solicitó al Comité Ejecutivo que diera sus orientaciones para la finalización del Plan Estratégico, prestando atención especial a las áreas y los indicadores de resultados intermedios destacados en el documento CE152/10, Rev. 1 para determinar reducciones posibles del presupuesto (por ejemplo, hepatitis viral, sanidad animal, salud bucodental).

47. El Comité recibió con beneplácito el progreso logrado en el Plan Estratégico desde la sesión del Subcomité celebrada en marzo y elogió el proceso participativo mediante el cual se estaba elaborando. Se señaló que ese proceso, aunque lento, aseguraría que los Estados Miembros tuvieran un sentido de propiedad con respecto al Plan y estuviesen plenamente comprometidos a lograr sus objetivos. El Comité también expresó su agradecimiento a los miembros del CCG por su trabajo y reconoció la importancia de las consultas nacionales en curso sobre el Plan. Se recalcó que esas consultas debían efectuarlas conjuntamente las representaciones de la OPS en los países y los ministerios de salud nacionales, y que debían tenerse en cuenta los procesos y las circunstancias internas de cada país. Para que los países pudieran verificar los indicadores de línea de base propuestos, se pidió más información acerca de la forma en que se habían establecido las líneas de base.

48. Algunos delegados destacaron varias formas de contribuir a mejorar aún más el Plan; varios de ellos dijeron que presentarían sus recomendaciones por escrito a la Oficina, en algunos casos como parte de los informes de la consulta nacional de su país. La mayoría de las observaciones se refería a los indicadores. Un delegado señaló que el Plan no contenía ningún indicador para la medición del desempeño de la cuarta de las funciones básicas de la OPS (formular opciones de política que aúnen principios éticos y

fundamentos científicos). El mismo delegado subrayó la necesidad de asignar más atención a la salud de los adultos de acuerdo con el Plan y de agregar un indicador relacionado con la salud de los adultos; sugirió que uno de dichos indicadores quizá podría ser exámenes médicos anuales preventivos para los adultos de 19 a 65 años. También mencionó la necesidad de facilitar el acceso a la atención de salud para los adultos, estableciendo servicios de salud en los lugares de trabajo o cerca de ellos, en los supermercados y otros lugares similares frecuentados por esta población.

49. Otro delegado señaló la necesidad de contar con un indicador de vigilancia bajo el área programática 2.3 (Violencia y traumatismos) y también de un indicador para medir la equidad en el acceso y la calidad de la atención en el área programática 3.1 (Salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente y salud sexual y reproductiva). Con relación a esta última, sugirió que un indicador de acceso equitativo podría ser una tasa de por lo menos 90% de asistencia al parto por personal capacitado en todos los subgrupos de población; mientras que un indicador de la calidad de la atención quizá sería el porcentaje de mujeres que reciben medicamentos uterotónicos como parte habitual del trabajo de parto y la atención obstétrica. Aunque la inclusión de las metas con respecto al impacto fue bien recibida, varios delegados hicieron preguntas sobre la forma en que se habían seleccionado los indicadores y las metas para esos objetivos, en particular en relación con el objetivo 1 (Promover la salud y el bienestar promoviendo la equidad) y sobre el uso del índice de necesidades sanitarias como indicador para uno de los objetivos, pero no para todos. Se recomendó que el CCG reexaminara los indicadores y las metas con respecto al impacto sanitario. Una delegada expresó inquietud de que los Estados Miembros no tuvieran tiempo suficiente antes del 52.º Consejo Directivo para evaluar todos los indicadores en cuanto a mensurabilidad, significación y posibilidad de logro.

50. Se subrayó que el Plan Estratégico 2014-2019 debía basarse en los resultados intermedios y los resultados inmediatos del Plan Estratégico 2008-2012 y que los puntos débiles en el plan anterior y los motivos que impidieron el logro de algunos resultados previstos debían analizarse para aprovechar las enseñanzas extraídas, que deberían aplicarse en la formulación y ejecución del nuevo plan. Varios delegados también mencionaron la necesidad de conseguir que las resoluciones, estrategias y planes de acción aprobados de conformidad con el plan anterior tuvieran seguimiento en el nuevo. Se subrayó igualmente la importancia de la convergencia con las estrategias y los planes de acción mundiales. Por ejemplo, se consideraba que la meta y el indicador en relación con el consumo nocivo del alcohol debían coincidir con los aprobados por los Estados Miembros de la OMS, de acuerdo con la estrategia mundial sobre el tema.⁴ Además, se sugirió que debía aclararse el método adoptado para fijar las prioridades programáticas y que estas debían establecerse de conformidad con directrices éticas formales. También se sugirió que la cadena de resultados debía perfeccionarse a fin de mostrar resultados a

⁴ Véase la resolución WHA63.13 (2010).

corto, mediano y largo plazo para cada categoría del trabajo, con el objetivo de velar por que el trabajo ejecutado a corto plazo contribuyera al impacto buscado a mediano y a largo plazo.

51. Varios delegados hicieron hincapié en cuestiones específicas que debían recibir atención especial de acuerdo con el nuevo Plan, entre otras, la evaluación de tecnologías sanitarias, dengue, rabia, oncocercosis y otras enfermedades desatendidas, el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y, especialmente, los determinantes sociales de la salud. Con relación a estos últimos, se subrayó que se necesitaban abordajes adaptados a las necesidades y el contexto de cada país y que debían evitarse los abordajes únicos para todos los casos. De acuerdo con la idea que “todo lo que se mide se hace” se consideraba crucial asegurar la recopilación de datos fiables para permitirles a los Estados Miembros vigilar y abordar las inequidades; por lo tanto, se alentaba a la Oficina a prestar asistencia técnica a los países para ayudarlos a fortalecer sus sistemas de información para esa finalidad. También se consideraba esencial abordar los determinantes de la salud de una manera integral y coherente, al tiempo que se asignaba atención especial a cuestiones transversales específicas, entre otras, el género, el grupo étnico y los derechos humanos.

52. La doctora Del Riego, al observar que el Plan incluía un área programática dedicada concretamente a la integración del género, la equidad, los derechos humanos y el grupo étnico, aseguró al Comité que todas las observaciones y recomendaciones de los Estados Miembros, recibidas durante el debate anterior y luego de las consultas nacionales, se tendrían en cuenta en la revisión adicional del Plan Estratégico. Estuvo de acuerdo sobre la importancia de utilizar las enseñanzas extraídas del Plan Estratégico anterior y de asegurar la atención continua a las resoluciones aprobadas de conformidad con el Plan. Señaló a este respecto que las metas de eliminación de las enfermedades transmisibles establecidas en el nuevo Plan Estratégico provenían de las resoluciones aprobadas según el Plan Estratégico 2008-2012. El anexo IV del documento contenía una lista de las resoluciones, las estrategias y los planes de acción existentes por área programática; la Oficina comprobaría que la lista estuviese completa.

53. En el compendio de los indicadores que se estaba compilando, la Oficina incluiría una definición clara de cada indicador e identificaría las fuentes de datos para vigilarlo. También velaría por que la OPS estuviese alineada con la OMS en ese sentido. La relación entre los resultados a corto, mediano y largo plazo se mostraría en el presupuesto bienal por programas, ya que el Plan Estratégico no incluía indicadores de resultados inmediatos. La razón era que el progreso quizá fuese más rápido en algunas áreas que en otras y, por consiguiente, los resultados inmediatos quizá iban a variar de un bienio a otro. La Oficina se esforzaría por aclarar los vínculos entre la cadena de resultados del Plan Estratégico y la del presupuesto bienal por programas.

54. La Directora señaló que era apropiado que los Estados Miembros encabezaran el proceso de preparar el Plan Estratégico de la Organización, ya que la OPS pertenecía a sus Estados Miembros y estos serían responsables junto con la Oficina de lograr los

resultados inmediatos, los resultados intermedios y el impacto del Plan. Aseguró al Comité que los determinantes sociales de la salud serían una importante guía para el trabajo de la Organización durante el período 2014-2019. Había tomado nota de las observaciones de los delegados con respecto a la importancia de las cuestiones de género, grupo étnico, equidad y derechos humanos y esperaba que los Estados Miembros aportaran otras ideas durante las consultas nacionales sobre la mejor forma de asegurar que se asignara a esas áreas la atención necesaria. También recibiría con agrado otras observaciones con respecto a las metas y los indicadores. En ese sentido, deseaba que los Estados Miembros supieran que se estaban haciendo todos los esfuerzos posibles para evitar que se exigiera una recopilación de datos o requisitos nuevos en materia de presentación de informes que pudieran resultar costosos para los Estados Miembros o la Oficina.

55. Se haría una aclaración acerca del método para el establecimiento de prioridades por conducto de los representantes de la OPS/OMS en el transcurso de las consultas nacionales. Sin embargo, era importante señalar que no todas las áreas podrían recibir el mismo nivel de prioridad. En efecto, en vista de las dificultades presupuestarias que iba a enfrentar la Organización en los próximos bienios, sería esencial para la Oficina y los Estados Miembros colaborar en la determinación de las áreas programáticas que podrían reducirse o eliminarse totalmente. El Comité aprobó la resolución CE152.R7, para respaldar el proyecto de Plan Estratégico 2014-2019.

Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2014-2015 (documentos CE152/11, Rev. 1 y Add. I y Add. II)

56. El doctor Matías Villatoro (Presidente del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó sobre el debate en el Subcomité de un esbozo preliminar del proyecto de programa y presupuesto (véanse los párrafos 25 a 36 de informe final del Subcomité, documento SPBA7/FR), y observó que se había expresado inquietud acerca de un déficit crónico en los recursos de la OMS. Por este motivo, se había sugerido que los países de las Américas organizaran una iniciativa regional encaminada a negociar una proporción más grande del presupuesto de la OMS para las Américas y conseguir así que la Región recibiera la totalidad de su asignación procedente de la OMS. El Subcomité había recomendado que los Estados Miembros de las Américas plantearan el tema durante la Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2013. El Subcomité había recomendado que el Comité Ejecutivo celebrara una sesión especial para aprobar una resolución sobre este tema (véase el informe de la sesión especial en el anexo D).

57. La señora Verónica Ortiz (Asesora, Programa y Presupuesto, OSP) presentó el proyecto de programa y presupuesto 2014-2015 y destacó consideraciones clave con relación al presupuesto y las consecuencias programáticas del nivel de financiamiento solicitado. Subrayó que el presupuesto por programas sería transitorio por naturaleza debido a varias razones: sería el primero que pasaría a ser operativo de conformidad con el Plan Estratégico 2014-2019 y el Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS.

También sería el primer presupuesto al que se aplicarían⁵ la nueva Política del Presupuesto de la OPS y el nuevo marco de estratificación de las prioridades programáticas. Por otro lado, el bienio 2014-2015 sería el último antes de la fecha prevista para el logro de los Objetivos del Milenio y en ese bienio se decidirían los objetivos de desarrollo después del 2015.

58. El proyecto de presupuesto se había preparado sobre la base de tendencias históricas, proyecciones actuales, el contexto financiero mundial y regional y el presupuesto de la OMS para 2014-2015 (véanse los párrafos 181 a 187 más abajo). Para cada área programática se había fijado un tope del presupuesto ordinario de \$1,5 millones. El resto de los fondos se asignaría de acuerdo con la Política del Presupuesto de la OPS y los criterios mencionados, y según la disponibilidad de contribuciones voluntarias flexibles y no flexibles, las necesidades del país y el análisis de las brechas. El proyecto estipulaba un crecimiento nominal cero en el presupuesto ordinario. En consecuencia, el nivel del presupuesto total seguiría siendo igual al del bienio 2011-2012, es decir: \$285,1 millones. Debido a que el poder adquisitivo del dólar de los Estados Unidos se había reducido considerablemente desde el 2011, mantener el presupuesto a ese nivel exigiría la absorción en costos de aproximadamente \$15,4 millones. Se necesitaría un aumento de 3,1% en las contribuciones señaladas para compensar una reducción de \$6 millones en los ingresos varios con respecto al presupuesto para el bienio 2012-2013.

59. Se había supuesto que la contribución de la OMS al presupuesto ordinario de la OPS seguiría siendo igual a la del bienio anterior; sin embargo, el monto real no se fijaría hasta noviembre del 2013, una vez que haya tenido lugar el segundo diálogo financiero sobre el presupuesto de la OMS. Obviamente, toda disminución repercutiría sobre el programa y presupuesto y la planificación operativa de la OPS. También se había previsto que el total de las contribuciones voluntarias de la OPS y de la OMS disminuyera en aproximadamente 13,5%, lo que reduciría la porción voluntaria del presupuesto en alrededor de 7,2%.

60. Sin duda alguna, las reducciones presupuestarias iban a afectar a los programas de la Organización, en particular la nuevas áreas programáticas del Plan Estratégico, los indicadores de resultados intermedios y las metas no vinculadas directamente a las metas con respecto al impacto. Se habían identificado algunas áreas para su posible reducción y eliminación definitiva. La Oficina ultimaría los detalles del proyecto de Programa y Presupuesto en colaboración con el Grupo Consultivo de Países, sobre la base de los aportes del Comité y las consultas nacionales sobre el presupuesto y el Plan Estratégico 2014-2019.

61. En el debate que siguió, los delegados expresaron su agradecimiento por los esfuerzos de la Oficina para preparar un presupuesto que respondiera al Plan Estratégico

⁵ Véase el documento CSP28/7 y la resolución CSP28.R10 (2012).

2014-2019 y abordara las prioridades determinadas por los Estados Miembros, al tiempo que tenía en cuenta el clima financiero mundial y regional. Se reconoció que el proyecto exigiría que la Organización absorbiera \$15,4 millones en aumentos de los costos, algunos de los cuales estaba fuera de su control y se reconocían las dificultades creadas por esa situación. No obstante, se instaba a la Oficina a que buscara mayores eficiencias que pudieran conducir a reducciones de los costos. En particular, se sugirió que podrían encontrarse eficiencias y evitar la duplicación en los componentes entre países y subregionales del gasto a nivel de país y que quizá fuese útil solicitar una evaluación independiente acerca de la eficiencia de la cooperación técnica a nivel subregional. Se instaba a la Oficina a que analizara las áreas que podrían reducirse o eliminarse totalmente, según había sugerido la Directora en el debate sobre el Plan Estratégico (véase el párrafo 55 anterior).

62. También se reconoció la disminución en los ingresos varios, pero se consideraba que esas reducciones no debían ser compensadas con aumentos de las contribuciones señaladas. Con respecto a la disminución prevista de las contribuciones voluntarias, se alentaba a la Oficina a que examinara los motivos para esa reducción y ajustara la programación en la forma adecuada. Se subrayó la necesidad de conseguir que la Región recibiera toda su porción de las contribuciones voluntarias de la OMS.

63. Varios delegados, al observar que muchos países de la Región estaban enfrentando graves limitaciones presupuestarias, señaló que sus Gobiernos no podían aceptar ningún aumento de sus contribuciones señaladas. Al mismo tiempo, se señaló que un aumento de 3,1% no exigiría un esfuerzo muy grande por parte de algunos países, y se sugirió que los países que estaban en condiciones de hacerlo quizá desearían aumentar voluntariamente sus contribuciones a la Organización. Varios delegados subrayaron la necesidad de redoblar los esfuerzos para recaudar las contribuciones pendientes (véase el “Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas”, párrafos 107 a 110 más abajo). También se consideraba importante tratar de recaudar las contribuciones voluntarias que se habían prometido pero todavía no se habían pagado. Además, se sugirió que la Organización quizá debía estudiar las oportunidades para forjar alianzas público-privadas como un medio de movilizar recursos que apoyaran el trabajo en áreas como la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

64. La señora Ortiz, respondiendo a las observaciones con respecto al financiamiento para los niveles subregional y entre países, aclaró que la cooperación técnica prestada de bajo el componente subregional estaba vinculada a los mecanismos de integración subregional, mientras que la cooperación bajo el componente entre países no lo estaba.

65. La Directora agregó que el componente entre países del presupuesto sufragaba los costos de asesores y de actividades que abarcaban varios países y se había creado como un medio para aumentar las eficiencias y reducir los costos.

66. Reconoció que algunos Estados Miembros —aunque no todos— estaban enfrentándose a limitaciones financieras pero, en su opinión, era importante poner la situación del presupuesto en perspectiva: la Oficina estaba buscando un aumento de \$6 millones que se distribuiría entre todos los Estados Miembros, mientras que si no se aprobaba el aumento, los Estados Miembros estarían pidiéndole a la Oficina que absorbiera un total de más de \$65 millones. La Oficina, de acuerdo con lo solicitado, buscaría maneras de economizar aún más, pero no podía compensar un monto de esa magnitud. Por consiguiente, sería necesario que los Estados Miembros empezaran a considerar maneras alternativas de conseguir que la Oficina contara con los recursos necesarios para llevar a cabo el trabajo que ellos le exigían de acuerdo con el nuevo Plan Estratégico. También sería necesario empezar a examinar las áreas donde podrían reducirse actividades o eliminar programas.

67. Se le pidió a la Oficina que preparara un proyecto de resolución que reflejara una reducción adicional del presupuesto, con crecimiento nominal cero en las contribuciones señaladas de los Estados Miembros, de acuerdo con el debate en el Comité. Los miembros del Comité reconocieron las dificultades que crearía para la Oficina el crecimiento nominal cero en las cuotas señaladas, además, reconocieron que los Estados Miembros debían ejercer disciplina al fijar las prioridades de conformidad con el Plan Estratégico 2014-2015 y no exigir a la Oficina más de lo que era posible hacer con el financiamiento disponible. También se consideraba necesario empezar a identificar áreas programáticas cuya responsabilidad principal con el tiempo podría desplazarse a los Estados Miembros, mientras que la función de la Oficina se limitaría a la formación de capacidad y apoyo técnico.

68. Luego, el Comité pasó a considerar una versión modificada del proyecto de resolución contenido en el documento CE152/11, Add. I, que no permitía ningún aumento de las contribuciones señaladas de los Estados Miembros y mostraba las reducciones correspondientes en las asignaciones para las diversas categorías de trabajo y áreas programáticas. Esa resolución fue aprobada por el Comité como resolución CE152.R16. El proyecto de resolución que establecía las cuotas señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados (que figura en el documento CE152/11, Add. II) se modificó en consecuencia y se aprobó como resolución CE152.R17.

Protección social en salud (documento CE152/12, Rev. 1)

69. El señor James Fitzgerald (Gerente de Área Interino, Sistemas de Salud basados en Atención Primaria de Salud, OSP), introdujo el documento conceptual CE152/12, Rev.1, y dijo que este reflejaba el diálogo sociopolítico sobre la cobertura sanitaria universal y el desarrollo humano que tenía lugar en la Región y fuera de ella. Señaló que la mayoría de los países de la Región habían establecido el derecho a la cobertura sanitaria universal y que el disfrute de ese derecho exigía el desarrollo de sistemas que fuesen más integrados, menos fragmentados y segregados y que protegieran a las familias

de caer en la pobreza como resultado de los gastos de bolsillo catastróficos por haber necesitado atención de salud. Asegurar un conjunto integrado de servicios de salud de calidad, fondos mancomunados y eliminación de los gastos de bolsillo eran elementos esenciales de la protección social en salud, un concepto que abarcaba el principio de la equidad y podría aportar un marco para la formulación de políticas dirigidas a asegurar la cobertura sanitaria universal y mejor acceso a los servicios de salud. El documento conceptual proponía líneas de acción para fortalecer las políticas y los marcos jurídicos y promover la protección social como una piedra angular de la gobernanza y los procesos de reforma en el ámbito de la salud.

70. El Comité manifestó su apoyo al documento conceptual y elogió la importancia que se asignaba allí al abordaje de los determinantes sociales de la salud y a la reducción de la inequidad. También fue bien recibido su enfoque basado en los derechos. Se sugirió, sin embargo, que algunos conceptos deberían definirse más claramente, entre ellos el concepto de la protección social en la salud misma, así como los conceptos de acceso eficaz y oportuno y calidad de los servicios de atención de salud. Debido a que la atención primaria de salud tenía diferentes significados según el país, se dijo que también debería incluirse en el documento una definición explícita de ese concepto. Numerosos delegados subrayaron la importancia de intercambiar datos sobre mejores prácticas, en especial con respecto a los métodos para ampliar el acceso a la atención de salud y garantizar la cobertura universal. Los delegados de la República Bolivariana de Venezuela y del Perú destacaron las experiencias de sus respectivos países en ese sentido y solicitaron que se hiciera una referencia a ellas en el resumen de las experiencias de país en el documento conceptual. Se mencionó la Red de Protección Social Interamericana como un mecanismo para intercambiar mejores prácticas.

71. Se señaló que había muchas maneras de lograr la protección social en salud y que los enfoques variarían, según el contexto, el sistema de gobierno y otras especificidades nacionales de cada país. En consecuencia, se sugirió que deberían mencionarse en el documento conceptual y en el proyecto de resolución sobre este tema otros abordajes diferentes de los programas de transferencias condicionales de dinero en efectivo. Se recalcó que el apoyo técnico y el asesoramiento sobre política de la OPS debía ofrecer enfoques adaptados a las necesidades y características propias del país. Se subrayó la importancia de coordinar las actividades de la OPS respecto de la protección social en salud con aquellas de la OMS relacionadas con la cobertura sanitaria universal.

72. Con respecto al proyecto de resolución contenido en el documento CE152/12, Rev. 1, se propusieron varios cambios, para reflejar los puntos planteados durante la discusión. Una delegada, al señalar que la resolución exhortaba a la Oficina a que elaborara una estrategia sobre la base del documento conceptual, pedía a la Oficina que encontrara una manera de recopilar datos sobre la aplicación de esa estrategia que no creara nuevos requisitos en materia de informes para los Estados Miembros.

73. El doctor Fitzgerald señaló que se incorporarían al documento otros ejemplos de las mejores prácticas y que la Oficina seguiría recabando y analizando información sobre las experiencias exitosas e intercambiaría esa información con los Estados Miembros. Al responder a las observaciones sobre elementos conceptuales del documento, observó que la protección social en salud y la cobertura sanitaria universal eran conceptos plenamente coherentes. Este último implicaba velar por que todos los ciudadanos pudieran tener acceso a servicios de salud de calidad sin incurrir en dificultades financieras individuales, mientras que la protección social en salud era la garantía que ofrece la sociedad de que se presten esos servicios de salud basados en los principios de universalidad, solidaridad y equidad. En consecuencia, la protección social en salud podría considerarse como una forma de lograr la cobertura sanitaria universal.

74. La Directora señaló que la Región podía estar orgullosa de los logros de los Estados Miembros en cuanto a la disminución de la exclusión social y la ampliación de la protección social en salud que, en realidad, podían alcanzarse de diversas maneras. La Oficina seguiría preconizando la cobertura sanitaria universal y formularía directrices generales de política sobre el tema; sin embargo, le correspondería a los Estados Miembros tomar las decisiones al respecto, dependiendo de sus necesidades y características específicas y del enfoque que quisieran adoptar para lograr la protección social y la cobertura sanitaria universal. La protección financiera era un componente integral de la protección social en salud, pero el concepto de protección social era más amplio y no debía equipararse solamente a ciertas medidas como el seguro nacional de enfermedad. Debería haber flexibilidad con respecto a la forma de garantizar la protección social y financiera, además de la cobertura universal, el cronograma para lograrlas y los servicios de salud que se cubrirían. Sea cual fuere el conjunto de prestaciones elegido, debería ofrecer atención integral, que abarcara la promoción de la salud, prevención de las enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos.

75. El proyecto de resolución sobre este tema (que figura en el anexo A del documento CE152/12, Rev. 1) se modificó para incorporar los asuntos planteados en el debate en el Comité y fue aprobado como resolución CE152.R4.

Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (documentos CE152/13 y CE152/13, Rev. 1)

76. El doctor Marcos Espinal (Gerente de Área, Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades, OSP) introdujo el plan de acción propuesto contenido en el documento CE152/13, señalando que se había preparado en consulta con los Estados Miembros, organizaciones de la sociedad civil y otros interesados directos. El plan propuesto abarcaría el período 2013-2019 y básicamente proporcionaría una hoja de ruta para aplicar la *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles* (ENT), aprobada en el 2012 por la Conferencia Sanitaria Panamericana.⁶ Se

⁶ Véanse el documento CSP28/9, Rev. 1 y la resolución CSP28.R13 (2012).

había basado en diversas resoluciones aprobadas por la Asamblea Mundial de la Salud y los Cuerpos Directivos de la OPS.

77. En el plan propuesto se representaban las enfermedades no transmisibles como una cuestión del desarrollo y se proponía un enfoque incluyente que abarcara a todo el gobierno y a toda la sociedad. Se reconocía la importancia del acceso a las tecnologías y los medicamentos, que era fundamental para garantizar la prevención, el control y el tratamiento de las enfermedades no transmisibles. El plan se concentraba principalmente en las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas, pero también tenía en cuenta enfermedades y factores de riesgo de importancia para la Región, entre otros, la enfermedad renal crónica (véanse los párrafos 102 a 106 más abajo). La meta general era la de reducir la mortalidad y la morbilidad prevenibles, disminuir al mínimo la exposición a factores de riesgo, aumentar la exposición a los factores protectores y reducir la carga socioeconómica de las enfermedades no transmisibles mediante actividades multisectoriales, con la participación de muchos interesados directos, que promoverían el bienestar y reducirían la inequidad dentro de los Estados Miembros y entre ellos. El plan regional de acción propuesto comprendía cuatro líneas estratégicas de acción y estaba alineado con el *Marco mundial de la OMS de vigilancia integral y metas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles* y el *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*,⁷ pero introducía 10 indicadores específicos de la Región. El plan era flexible para permitir la actualización periódica luego de la consideración de nuevos datos científicos. El plan propuesto también contemplaba la participación de múltiples interesados directos del sector privado, la sociedad civil y las comunidades afectadas.

78. El Comité acogió con beneplácito el plan de acción propuesto, que se consideraba como un marco adecuado para reducir las enfermedades no transmisibles en la Región. Los miembros del Comité expresaron su agradecimiento por el liderazgo de la OPS en este tema. Se subrayó la necesidad de adoptar enfoques multisectoriales a la prevención y el control de las ENT que abarcaran a toda la sociedad y a todo el gobierno; en este sentido se sugirió que debía enfatizarse más en el plan la función de la OPS para catalizar y movilizar los esfuerzos de una variedad de sectores, incluidos el sector privado y el de las organizaciones no gubernamentales. También se sugirió que, de acuerdo con el plan de acción mundial de la OMS, el plan de la OPS debía contemplar actividades para los asociados internacionales y los actores no estatales, como parte de una respuesta multisectorial. El Foro Panamericano de Acción sobre las Enfermedades no Transmisibles se consideraba como una buena plataforma para promover esas actividades. Un representante de una organización no gubernamental señaló que varios países carecían de los recursos para hacer investigaciones y recopilar los datos que se necesitarían para ejecutar algunos aspectos del plan; por lo tanto, sugirió que la

⁷ Véanse los documentos de la OMS A66/8, A66/9 y A66/9, Corr.1 (2013).

Organización quizá quisiera reexaminar su política sobre conflictos de intereses con relación con el aporte de financiamiento para investigación por parte de la industria alimentaria y otras partes interesadas del sector privado.

79. Se hicieron numerosas sugerencias con miras a alinear el plan regional más estrechamente con el plan de acción mundial y el marco de vigilancia. Por ejemplo, se sugirió que la definición de acción multisectorial en la nota a pie de página 5 del documento CE152/13 debería coincidir con la definición propuesta por la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles. También se sugirió que el indicador relacionado con el consumo nocivo del alcohol debía ser uno de los indicadores acordados por los Estados Miembros de la OMS, de conformidad con el plan de acción mundial y el marco de vigilancia, que a su vez concordaban con la *Estrategia mundial de la OMS para reducir el uso nocivo del alcohol*.⁸

80. Si bien la alineación con el plan de acción mundial y el marco de vigilancia se consideraban muy importantes, también se subrayó que el plan de la OPS debía adaptarse a las especificidades de la Región. Se recalcó la necesidad de adaptar las metas y los indicadores mundiales a las circunstancias regionales y nacionales, y se sugirió que algunas de las metas regionales debían ser aún más ambiciosas que las metas mundiales correspondientes. Se puso de relieve la necesidad de indicadores que permitieran la comparación tanto entre los países de la Región como dentro de ellos, así como la necesidad de mayor especificidad en algunos de los indicadores y definiciones más claras de algunos términos y conceptos, entre otros el del “modelo de atención a las enfermedades crónicas”, mencionado bajo la línea estratégica de acción 3. La Delegada de Aruba señaló que en su país se había celebrado recientemente la Tercera Conferencia Panamericana sobre Obesidad y solicitó que las recomendaciones sobre la obesidad en la niñez,⁹ emanadas de esa reunión, se tuvieran en cuenta tanto en el plan de acción como en el proyecto de resolución sobre este tema (que figura en el anexo A del documento CE152/13).

81. Se señaló que los indicadores para el plan de acción mundial estaban todavía definiéndose mediante un proceso de consultas cuya finalización se había previsto para fines del 2013, y se sugirió que quizá fuese preferible posponer la consideración y el acuerdo sobre los indicadores para el plan regional hasta que se hubiesen acordado los indicadores del plan mundial.

⁸ Véase la resolución WHA63.13 (2010)

⁹ Disponible en:

<http://www.paco.aw/paco3docs/Principal/RECOMMENDATIONS%20OF%20THE%20HIGH%20LEVEL%20MEETING%20ON%20CHILDHOOD%20OBESITY%20PREVENTION%20PACO%20III.pdf>

82. El doctor Espinal, al señalar que la Conferencia Sanitaria Panamericana había pedido que el plan regional de acción se presentara durante el 52.º Consejo Directivo,¹⁰ sugirió que el Comité tal vez quisiera formar un grupo de trabajo para colaborar con la Oficina en la preparación de una versión revisada del plan propuesto que se transmitiría al Consejo Directivo en septiembre. Había tomado nota de todas las sugerencias para el mejoramiento del plan y se aseguraría de que estas se tuvieran en cuenta. Con respecto a las metas regionales, observó que era complicado establecer metas en una región tan diversa como las Américas. Las diferencias significativas de tamaño entre los países lo hacían especialmente difícil, ya que las metas medidas en cuanto a porcentajes, promedios, o medianas quizá no reflejaran la verdadera situación en los países pequeños. Sin embargo, hacía falta tener metas regionales para permitir que la Oficina y los Cuerpos Directivos llevaran a cabo un seguimiento del progreso e identificaran qué países estaban progresando bien y cuáles necesitaban más apoyo técnico. La Oficina seguiría colaborando con los Estados Miembros para identificar las metas apropiadas y perfeccionar los indicadores.

83. La Directora instó al Comité a que formara un grupo de trabajo para revisar el plan y preparar un proyecto de documento que podría servir como base para otras consultas entre los Estados Miembros antes del Consejo Directivo en septiembre.

84. El Comité decidió formar un grupo de trabajo que constaba de Aruba, Brasil, Canadá, Colombia, El Salvador, Granada, Jamaica, México y los Estados Unidos de América, que posteriormente presentó una versión revisada del plan de acción propuesto (documento CE152/13, Rev. 1). La doctora Jean Dixon (Jamaica), en su calidad de presidenta del grupo de trabajo, resumió los cambios principales que se habían hecho, que incluían un énfasis más explícito en las políticas y actividades multisectoriales y la revisión de la definición de enfoques multisectoriales en la nota a pie de página 5 para que coincidiera con la definición que figura en la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles. Las definiciones técnicas de los indicadores específicos de la Región y una lista de actividades mundiales y regionales se agregarían como apéndices.

85. Las referencias a la Conferencia Panamericana sobre Obesidad y a la cuestión de la obesidad en la niñez se habían incluido en todo el documento. Un indicador de muerte prematura y la meta para la Región se había pasado al Área Estratégica 4. Para cada línea estratégica de acción se habían agregado acciones para los socios intergubernamentales y los actores no estatales. Se habían revisado los indicadores para alinearlos más estrechamente con el marco de vigilancia mundial de la OMS, al tiempo que se respetaba la autonomía de los gobiernos nacionales al establecer metas nacionales. También se

¹⁰ Véase la resolución CSP28.R13 (2012).

había revisado el proyecto de resolución para fortalecer la definición de los enfoques multisectoriales. Además, se habían hecho varios cambios en la redacción.

86. El Comité aprobó la resolución CE152.R15 para apoyar el plan de acción propuesto. Se acordó que se harían otras consultas sobre el documento en los meses anteriores a la reunión del 52.º Consejo Directivo en septiembre.

Formulación de políticas basadas en la evidencia para los programas nacionales de inmunización (documento CE152/14)

87. La doctora Gina Tambini (Gerente de Área, Salud Familiar y Comunitaria, OSP), al destacar la necesidad de contar con la evidencia adecuada para apoyar la planificación y la toma de decisiones relativas a los programas de vacunación, explicó que el documento CE152/14 proponía un abordaje triple para conseguir que los programas nacionales de vacunación tuvieran la capacidad necesaria de toma de decisiones basada en la evidencia. En concreto, propuso que los Estados Miembros deberían *a)* ampliar la base de evidencia más allá de las consideraciones de eficacia en función de los costos, teniendo en cuenta otros criterios como la equidad y la sostenibilidad financiera; *b)* institucionalizar, a través de los marcos jurídicos, un proceso decisorio basado en la evidencia para la introducción de las vacunas nuevas; y, *c)* integrar y armonizar los procesos de cálculo de los costos con la planificación y la elaboración de presupuestos para los programas nacionales de vacunación. Este abordaje se fundamentaría en los avances ya logrados con la Iniciativa ProVac con respecto a la generación de evidencia sobre las vacunas nuevas y les permitiría a los países hacer mejor uso de los recursos limitados. También constituiría un primer paso práctico y eficaz hacia el desarrollo de un método para la evaluación de tecnologías de la salud y promovería la formación de competencias que serían aplicables en otras áreas programáticas, como prevención y control de las enfermedades no transmisibles.

88. El abordaje propuesto fue bien recibido por el Comité ya que, según hicieron notar algunos delegados, coincidía con el que sus países estaban utilizando para la toma de decisiones con respecto a sus programas nacionales de vacunación. En particular, se manifestó apoyo a la importancia que se asignaba a criterios diferentes a la eficacia en función de los costos y al establecimiento y el fortalecimiento de los comités asesores sobre prácticas de inmunización, a fin de mejorar la toma de decisiones fundamentada y basada en la evidencia sobre la política de inmunización. También se apoyó la ejecución ampliada de la Iniciativa ProVac para mejorar la capacidad de generar evidencia económica, en particular para ayudar a los países a ponderar los aspectos positivos y negativos de introducir vacunas nuevas costosas.

89. Se recalcó la necesidad de tener en cuenta las características propias del país, en especial la carga de morbilidad, la capacidad de su programa de vacunación y las limitaciones presupuestarias, y se sugirieron algunas modificaciones pertinentes al proyecto de resolución contenido en el documento CE152/14. También se sugirió que

debía agregarse un subpárrafo al párrafo 2 del proyecto de resolución, para instar a la Directora a que diera asesoramiento de política y facilitara el diálogo para fortalecer la gobernanza y la coherencia de las políticas y prevenir la influencia indebida de conflictos de intereses reales o potenciales, siendo el objetivo prevenir todo conflicto de intereses que pudiera surgir con respecto a los “interesados directos pertinentes” mencionados en el párrafo 1.

90. La doctora Tambini, al agradecer a los Estados Miembros sus sugerencias útiles, señaló que, si bien la Región era un modelo para el mundo con respecto a la inmunización, la Oficina consideraba que los programas de vacunación podrían fortalecerse más mediante la toma de decisiones basada en la evidencia y el intercambio de experiencias entre países de dentro y fuera de las Américas.

91. La Directora agregó que, debido a que las vacunas nuevas costosas tenían el potencial de aumentar notablemente el costo de los programas nacionales de vacunación y, por consiguiente, elevar los costos sanitarios generales, la decisión de incluir una vacuna nueva debía basarse en un análisis de eficacia en función de los costos y del costo-beneficio. La Oficina había acumulado considerable experiencia en ese sentido y había creado instrumentos que podrían ser útiles para los Estados Miembros al tomar decisiones acerca de las vacunas nuevas.

92. Deseaba llevar a la atención de los Estados Miembros que la Oficina estaba recibiendo cada vez más presiones para aplicar un método escalonado de fijación de los precios de las vacunas —en particular para las vacunas nuevas costosas— en lugar de adherirse a la política de precios más bajos adoptada de acuerdo con el Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización para la Compra de Vacunas. Para recibir observaciones de los Estados Miembros acerca del tema, se propuso que se incluyera en el orden del día para su consideración por los Cuerpos Directivos en el 2014.

93. El proyecto de resolución contenido en el documento CE152/14 fue modificado para reflejar las sugerencias hechas en el curso del debate en el Comité y fue aprobada como resolución CE152.R5.

Cooperación entre países para el desarrollo sanitario en las Américas (documento CE152/15)

94. La doctora Mariela Licha Salomón (Asesora Principal, Apoyo a la Atención Centrada en los Países, OSP) trazó la historia y la evolución de la cooperación entre los países de la Región, señalando que el tema había sido tratado por los Cuerpos Directivos en dos ocasiones anteriores: en 1998 en el 20.º aniversario del Plan de Acción de Buenos Aires, aprobado por la Conferencia de las Naciones Unidas de 1978 sobre la Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo y, en el 2005, cuando el Consejo Directivo había considerado un documento sobre la cooperación técnica entre países de la Región,

haciendo hincapié en la cooperación triangular que incluía a la Oficina y a los Estados Miembros.

95. Señaló que el concepto de la cooperación técnica entre países había cobrado impulso en los últimos años y había seguido evolucionando. Ahora se denominaba generalmente la “cooperación Sur-Sur”, que iba mucho más allá de la mera cooperación técnica. Por consiguiente, la Oficina estaba procurando establecer una política para la Organización que reflejara el contexto actual. La política procuraba alentar a los Estados Miembros a buscar en forma proactiva y compartir soluciones destinadas a atender de manera eficaz y sostenible los problemas de salud y los retos comunes, como lograr la cobertura sanitaria universal y abordar los determinantes sociales de la salud. La política esbozaba funciones y responsabilidades claras para la Oficina y los Estados Miembros, que se describían en el documento CE152/15.

96. En el debate en el Comité sobre este tema, los delegados expresaron su agradecimiento por el liderazgo de la Oficina para facilitar la cooperación entre los países de la Región y manifestaron su apoyo a la política propuesta. En particular se apoyó el intercambio de conocimientos y de las mejores prácticas. Se señaló que ahora los países de la Región disponían de considerables conocimientos técnicos especializados de salud pública, que podrían aprovecharse para aumentar la eficacia de las iniciativas de salud y mejorar la capacidad a nivel nacional. Se recalcó que la política debía tener por objeto asegurar la sostenibilidad y la sinergia de las actividades llevadas a cabo en el marco de la cooperación entre los países y la formación de capacidad en las instituciones nacionales, lo que se consideraba como la finalidad última de todas las actividades de cooperación. También se subrayó que las actividades de cooperación previstas de acuerdo con la política debían estar de acuerdo con las prioridades establecidas en el Plan Estratégico 2014-2019 de la OPS y debían contribuir directamente al logro de sus objetivos. A este respecto, varios delegados destacaron la importancia de la cooperación con respecto a los determinantes sociales de la salud y el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

97. Se consideró que la función de la Oficina debía ser la de facilitar y ayudar a coordinar y optimizar las oportunidades para la cooperación entre los países. Al mismo tiempo, se señaló que estaban en marcha varias iniciativas de cooperación en el marco de las iniciativas de integración subregional como la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) y el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA); se subrayó que las actividades de la OPS debían complementar, no duplicar, esos esfuerzos. También se recalcó la necesidad de promover la armonización de las agendas de salud de las organizaciones subregionales con la de la OPS para fortalecer la cooperación.

98. Se pidió más información sobre los proyectos de cooperación mencionados en el párrafo 11 del documento de exposición de conceptos. Se sugirió que tanto el documento como el proyecto de resolución sobre este tema (que figura en el anexo A del documento

CE152/15) debían hacer referencia a la resolución CD50.R13 (2010), con respecto a las instituciones nacionales asociadas con la OPS en cuestiones de cooperación técnica y que en el proyecto de resolución debería pedírseles a los Estados Miembros que identificaran las instituciones nacionales que quizá podrían participar en las iniciativas de cooperación técnica con los países de la Región en cuestiones específicas. Dado el alcance amplio de la cooperación que se había propuesto en el documento de exposición de conceptos, se sugirió que su título y el del proyecto de resolución deberían cambiarse a “Cooperación para el desarrollo sanitario en las Américas”. Se señaló que la aprobación de la resolución implicaría requisitos en materia de presentación de informes, y se instaba a la Oficina a que encontrara una manera de recopilar información para esa finalidad que no impusiera otra carga de presentación de informes a los Estados Miembros.

99. La doctora Licha Salomón señaló que la información sobre los proyectos mencionados en el documento estaba disponible en el sitio web de la OPS.¹¹ Estuvo de acuerdo en que era importante promover la cooperación con las instituciones nacionales y a través de ellas en colaboración con la OPS, pero observó que el objetivo de la política propuesta era alentar la cooperación y las alianzas de una amplia gama de actores, entre ellos, las asociaciones profesionales y otras organizaciones no gubernamentales que trabajaban en el área de salud. Aseguró al Comité que la Oficina continuaría su cooperación con las organizaciones subregionales y con las redes de instituciones. Como un ejemplo de esto último, señaló que la OPS había estado promoviendo la formación de redes de laboratorios para ayudar los países del Caribe a cumplir con los requisitos del Reglamento Sanitario Internacional (2005).

100. La Directora señaló que estaba claro que los Estados Miembros deseaban ver un proceso dinámico de cooperación que mejoraría la cooperación técnica de la Oficina, no solo en cuanto a su excelencia técnica sino también en cuanto al alcance, y contribuiría al fortalecimiento institucional y a la formación de capacidad en los Estados Miembros, para de ese modo catalizar el desarrollo sanitario en la Región. Según se había señalado, en los Estados Miembros había actualmente un cúmulo de conocimientos y experiencia, y era importante aprovechar los recursos disponibles a nivel nacional. Con ese fin, la Oficina emprendería un mapeo de los conocimientos técnicos especializados de los países e implantaría un mecanismo para hacer coincidir esos conocimientos técnicos especializados con las necesidades de cooperación de los Estados Miembros. Sin embargo, se necesitaría el apoyo de los Estados Miembros, para que dieran a conocer sus necesidades y para identificar las instituciones nacionales capaces de prestar cooperación. De igual manera, como la Oficina no siempre estaba al tanto de las iniciativas de cooperación y de las oportunidades que ocurren en el contexto de los grupos y organizaciones subregionales, se apoyaría en los Estados Miembros para mantenerse informada.

¹¹ Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2128&Itemid=1850&lang=en

101. Se revisó el proyecto de resolución para incorporar las diversas cuestiones planteadas en el debate y se aprobó como resolución CE152.R13.

Enfermedad renal crónica de las comunidades agrícolas de Centroamérica (documento CE152/25)

102. El doctor James Fitzgerald (Director de Área Interino, Sistemas de Salud basados en Atención Primaria de Salud, OSP) señaló que la Oficina había preparado el documento de exposición de conceptos contenido en el documento CE152/25 a petición de El Salvador y otros Estados Miembros. En el documento se proponía una serie de acciones para responder a la enfermedad renal crónica tubulointersticial, una forma de enfermedad renal cuya etiología todavía no se había determinado con certeza, aunque numerosos estudios habían encontrado asociaciones con factores ambientales y ocupacionales. La enfermedad ocurría con mayor frecuencia en los países centroamericanos, donde había ocasionado una mortalidad alta, especialmente en El Salvador, Guatemala y Nicaragua. Sin embargo, la enfermedad no estaba limitada a Centroamérica solamente; las tasas en el Perú, por ejemplo, también eran elevadas. El documento exponía los antecedentes de la enfermedad, describía su repercusión sobre los servicios de salud y sobre las poblaciones afectadas y ponía de relieve la necesidad de tomar medidas urgentes para abordarla. El documento de exposición de conceptos y el proyecto de resolución que lo acompañaba proponían un abordaje para hacerlo desde una perspectiva de salud pública y orientada a la equidad.

103. Los miembros del Comité Ejecutivo reconocían la gravedad del problema; por lo tanto, fue bien recibida la atención que le estaba prestando la OPS. Se reconoció que, aunque la prevalencia de la enfermedad parecía ser mayor en Centroamérica actualmente, otros países también estaban afectados y el problema quizá iba a tener alcance regional si no se tomaban medidas con prontitud. En vista de la falta de conocimientos acerca de las causas y el alcance de la enfermedad, se consideraba que la investigación era una prioridad máxima. El fortalecimiento de los sistemas de salud para permitirles tratar eficazmente la enfermedad también se contemplaba como esencial. Se sugirió que esas prioridades podrían abordarse en el marco del plan de acción sobre las enfermedades no transmisibles (véanse párrafos 76 a 86 anteriores).

104. El doctor Fitzgerald estuvo de acuerdo en que la investigación era fundamental para establecer las causas de la enfermedad y determinar cuál sería la mejor manera de abordarla. Recalcó que se necesitaba un abordaje holístico y sistémico que abarcara la vigilancia así como el diagnóstico, el tratamiento y la atención.

105. La Directora señaló que la enfermedad ya estaba afectando a una población considerable en las Américas y su alcance quizá llegara mucho más allá de la subregión centroamericana. Dadas sus repercusiones, tanto por su contribución a la carga de morbilidad como por el costo que representaban para los sistemas de salud, consideraba que se necesitaba una acción concreta para enfrentarla. No sería suficiente incluirla como

uno de los temas que se abordarían bajo el plan de acción sobre las enfermedades no transmisibles. Sin embargo, era necesario identificar la función precisa de la OPS. La Organización no podría emprender por sí sola toda la investigación necesaria y recabar los datos científicos. Tendría que trabajar con otros socios e interesados directos para aclarar el perfil epidemiológico de la enfermedad.

106. El proyecto de resolución contenido en el anexo A del documento CE152/25 se modificó para hacer más énfasis en la necesidad de investigación y fue aprobado como resolución CE152.R14. Se le pidió a la Oficina que informara anualmente a los Cuerpos Directivos sobre la aplicación de la resolución.

Asuntos administrativos y financieros

Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas (documentos CE152/16, Rev. 1 y Add. I)

107. El señor Michael Lowen (Gerente de Área, Gestión de Recursos Financieros, OSP), observando que los documentos CE152/16, Rev.1 y Add. I, presentaban información sobre las contribuciones recaudadas al 10 de junio del 2013, informó que desde esa fecha la Oficina había recibido un pago adicional de \$18.683 de Costa Rica. Como resultado de la estrategia de la Oficina para aumentar la tasa de recaudaciones de las contribuciones señaladas y del compromiso demostrado por los Estados Miembros con el trabajo de la Organización, 92% de las contribuciones atrasadas se habían pagado, lo que dejaba un saldo pendiente de \$2,4 millones. Ningún Estado Miembro estaba sujeto actualmente a las restricciones al voto contempladas de conformidad con el Artículo 6.B de la Constitución de la OPS.

108. Trece Estados Miembros habían pagado la totalidad de sus cuotas del 2013. Sin embargo, la recaudación de las contribuciones del año en curso ascendía a solo \$14,8 millones, es decir, 13,9% de la cantidad total adeudada para el 2013. Como resultado, la Oficina se había visto obligada a utilizar aproximadamente \$6 millones en fondos del Fondo de Trabajo y otros recursos internos de dinero en efectivo para financiar la ejecución del presupuesto ordinario. Los desembolsos del presupuesto ordinario promediaban alrededor de \$7,5 millones por mes y hasta la fecha los desembolsos del año en curso sumaban \$38,1 millones.

109. La Directora afirmó que a la mitad del año civil, la Oficina había tenido que recurrir a adelantos internos para cumplir sus obligaciones, lo cual la había colocado en una situación difícil y ponía en peligro la ejecución de los programas técnicos. Agradeció a los Estados Miembros que habían pagado sus contribuciones señaladas para el año e instó a los que todavía no habían efectuado pagos correspondientes al 2013 a que adoptaran todas las medidas posibles para hacerlo.

110. El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE152.R1 y agradeció a los Estados Miembros que habían hecho pagos para el 2013 y los años anteriores e instó a otros Estados Miembros a que pagaran todas sus contribuciones pendientes cuanto antes.

Informe financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2012 (documento oficial 344)

Informe financiero del Director

111. El doctor Matías Villatoro (Presidente del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó sobre el examen por el Subcomité de una versión preliminar, no auditada del Informe Financiero (véanse párrafos 59 a 67 del informe final del Subcomité, documento SPBA7/FR), e hizo notar que el Subcomité había pedido información comparativa sobre gastos presupuestados y gastos efectivos en el 2012 y el 2011.

112. El señor Michael Lowen (Gerente de Área, Gestión de Recursos Financieros, OSP) presentó varios aspectos destacados del Informe Financiero del Director, que mostraban que la situación financiera de la Organización seguía siendo fuerte, aunque debía hacer frente a algunos retos significativos, en particular el entorno económico mundial y el financiamiento a largo plazo de las obligaciones después de la separación del servicio. Los ingresos totales consolidados para el 2012 habían ascendido a \$978,6 millones, un aumento de 17% con respecto al 2011. Este se debió principalmente al aumento sustancial de los ingresos de los fondos de compras de la Organización, especialmente del Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización para la Compra de Vacunas. Las contribuciones voluntarias de la OPS también habían aumentado en \$19,3 millones, o 10%, con respecto al 2011. Los ingresos del presupuesto ordinario para el 2012 habían sumado \$137,6 millones, en comparación con \$138,9 millones en el 2011. Ese total incluía \$99,8 millones de contribuciones señaladas de la OPS e ingresos varios y \$37,8 millones en fondos de la OMS para la Región de las Américas.

113. El nivel bajo continuado de las tasas de interés en todo el mundo había reducido significativamente el monto de los intereses devengados en la cartera de inversiones de la Organización; en consecuencia, los ingresos varios habían sumado solo \$3,3 millones, \$1 millón menos que en el 2011 y \$2,7 millones menos con respecto al nivel presupuestado para el año, que había sido de \$6 millones. El clima económico mundial, en general, y las tasas de interés mundiales, en particular, seguían siendo un obstáculo para cumplir las diversas expectativas en cuanto a los ingresos de la Organización. El Fondo de Trabajo se había reducido en \$5 millones debido al déficit del presupuesto bienal.

114. Los gastos consolidados habían alcanzado \$969,7 millones en el 2012, incluidos los gastos para los fondos de compras, el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC)

y el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI). Los gastos para las actividades de compras en nombre de los Estados Miembros representaban \$547 millones de ese total. Al 31 de diciembre del 2012 las obligaciones a largo plazo para el seguro de enfermedad de los empleados tras la separación del servicio y los gastos por rescisión del nombramiento y repatriación sumaban \$318,5 millones; la mayor parte de esta cantidad correspondía al seguro de enfermedad tras la separación del servicio, es decir, \$305,5 millones. La Oficina suministraría más información sobre los planes para financiar los pasivos a largo plazo en sesiones futuras de los Cuerpos Directivos.

115. En el debate que siguió, se señaló que los ingresos totales de la OPS de \$978,6 millones en el 2012 habían sido los más altos de su historia. También se señaló que la mayor proporción de esos ingresos provenía de las actividades de compras y que ese financiamiento podría ser sumamente variable, con lo cual la situación de financiamiento de la Organización era frágil.

116. El señor Guillermo Birmingham (Director de Administración, OSP) explicó que los ingresos del fondo de compras se usaban solo para la compra de vacunas y otros suministros de salud pública en nombre de los Estados Miembros. En consecuencia, las variaciones en esos ingresos no afectaban significativamente la capacidad de la Oficina para ejecutar los programas comprendidos en el presupuesto por programas.

117. La Directora señaló que no desearía que los Estados Miembros quedaran bajo la impresión falsa de que la OPS tenía un presupuesto cercano a los mil millones de dólares. Era importante reconocer que una gran parte de esa cifra se recibía y se gastaba para las compras en nombre de los Estados Miembros; agregó que si bien esas compras representaban un aspecto importante de la cooperación técnica de la Organización con los Estados Miembros, no formaba parte de su programa de cooperación técnica y los fondos recibidos para esa finalidad no formaban parte de su presupuesto ordinario. Ese presupuesto era mucho más pequeño y la porción del presupuesto ordinario derivada de las contribuciones señaladas era todavía más pequeña. La mayor parte del resto del presupuesto tenía que recabarse por medio de contribuciones voluntarias. Por otro lado, la porción de ingresos varios del presupuesto ordinario seguía reduciéndose debido a la situación financiera mundial. Allí residía la fragilidad del presupuesto.

Informe del Auditor Externo

118. La señora María Dolores Genaro Moya (Tribunal de Cuentas de España), al presentar el informe del Auditor Externo, informó que luego de las visitas efectuadas a la sede de la OPS y a las representaciones de la OPS/OMS en Brasil y Costa Rica, además de un examen minucioso de los estados financieros consolidados de la Organización correspondientes al año 2012, el Auditor Externo había preparado los documentos que comprendían el informe del Auditor Externo, publicados en el *Documento oficial 344*. Las conclusiones más resaltantes del trabajo del Auditor Externo se encontraban en el Informe detallado sobre la auditoría de los estados financieros del 2012 y en el Dictamen

del Auditor Externo. Además, el equipo de auditoría externa había preparado cartas de confirmación sobre los estados de situación financiera tanto del CAREC como del CFNI; estos centros se habían desmantelado y sus funciones se habían transferido al Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA). También se habían elaborado un Informe Provisional para la Gerencia e informes sobre visitas a las representaciones en Costa Rica y Brasil. Le complacía informar que el Auditor Externo había emitido un dictamen de auditoría sin reservas acerca de los estados financieros de la Organización.

119. El señor Miguel Ángel Sánchez del Águila (Tribunal de Cuentas de España), al mencionar algunas cifras del Informe detallado señaló que, en el 2012, la Organización había registrado un excedente neto de \$8,875 millones. Aunque los saldos en caja habían aumentado en 54%, para llegar a \$160,9 millones, el saldo de las cuentas por cobrar había descendido, en gran parte como resultado de una disminución significativa de los efectos por cobrar procedentes de contribuciones voluntarias. Esa situación, unida a la obligación cada vez mayor relacionada con las prestaciones del personal actual y jubilado, así como la continuación de los rendimientos bajos de las inversiones, podrían crear considerables dificultades financieras a largo plazo.

120. El informe contenía varias recomendaciones encaminadas a mitigar esas dificultades, entre otras, varias medidas para reducir el riesgo de las tasas de cambio. Entre las recomendaciones concretas destinadas a asegurar que la supervisión y las operaciones financieras fuesen más robustas se encontraban un examen de la utilización de las cartas de acuerdo, licitaciones abiertas para los contratos de servicio a fin de asegurar mayor competencia, capacitación en la aplicación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público (IPSAS) y los principios contables basados en la acumulación (o devengo), actualización del Manual Electrónico y creación de una unidad especial para la gestión de riesgos. En vista de la importancia del nuevo Sistema de Información Gerencial de la OSP (véanse los párrafos 188 a 196, más abajo), se había recomendado también que se hicieran todos los esfuerzos posibles para alcanzar a tiempo los objetivos de la fase de preejecución, que era necesario informar al personal del progreso y capacitarlo en el sistema nuevo; además, debían establecerse indicadores y metas para vigilar el progreso de la ejecución. El equipo de auditoría también había examinado las medidas tomadas con respecto a las recomendaciones formuladas por el Auditor Externo anterior y había determinado que la mayoría de ellas se habían ejecutado o estaban en curso de ejecución.

121. El Comité Ejecutivo felicitó al Tribunal de Cuentas de España por haber finalizado con éxito su primera auditoría para la Organización y agradeció a los miembros del equipo de auditoría su arduo trabajo. Los miembros del Comité acogieron con beneplácito el dictamen de auditoría sin reservas, que se consideraba como una prueba de la transparencia y la rendición de cuentas de la Oficina, y ratificó las recomendaciones del Auditor Externo. Se instó a la Oficina a que considerara las recomendaciones como una oportunidad de aumentar la eficiencia y la eficacia en las

operaciones de la OPS; mejorar sus sistemas, procesos y procedimientos, así como la gestión, los controles internos y la transparencia. En particular, los delegados hicieron hincapié en las recomendaciones sobre el riesgo de los tipos de cambio, la capacitación del personal en la aplicación de las IPSAS, las cartas de acuerdo, los cursos y seminarios, los contratos de una fuente única, el Sistema de Información Gerencial de la OSP y el marco de gestión de riesgos corporativos. Con relación a esto último, se instó a la Oficina a que abordara las recomendaciones en cuanto a la adhesión al cronograma establecido para poner en práctica el sistema y a la necesidad de contar con recursos humanos suficientes dotados de los conocimientos técnicos especializados necesarios para supervisar la ejecución. Se sugirió que debía designarse un punto focal para esa finalidad.

122. Con respecto a los contratos de una fuente única, se pidió más información acerca de las razones de la marcada dependencia de la Oficina de tales contratos. También se pidió información acerca del aumento de 14,9% en personal y gastos de viaje. Se instó a la Oficina a utilizar las tecnologías de comunicación para reducir la necesidad de los viajes. Se mencionaron los comentarios del Auditor Externo en cuanto a la reducción de las cuentas por cobrar relativas a las contribuciones voluntarias, y se instó a la Oficina a que ajustara sus actividades para conseguir que estas fuesen financiadas plenamente con los ingresos disponibles. También se instó a la Oficina a que mejorara sus controles internos para lograr que las contribuciones voluntarias se utilizaran de manera óptima y que no fuese necesario devolverlas a los donantes porque los proyectos no se habían ejecutado totalmente. Esto se consideraba especialmente importante si la Organización estaba experimentando reducciones de las contribuciones voluntarias. Se solicitó a la Oficina que elaborara un plan para cubrir los pasivos a largo plazo y que este plan se presentara a los Estados Miembros con bastante anticipación a la fecha del 52.º Consejo Directivo.

123. El señor Lowen aseguró al Comité que la Oficina se esforzaba continuamente por mejorar su trabajo y, con esa finalidad, sin duda alguna pondría en práctica las recomendaciones del Auditor Externo. Algunas de ellas ya se estaban abordando, como por ejemplo: el Comité de Inversiones de la Oficina estaba analizando maneras de reducir el riesgo de los tipos de cambio; se estaban revisando las normas sobre las cartas de acuerdo y los cursos y seminarios; el personal de las oficinas en los países estaba recibiendo capacitación en la contabilidad basada en la acumulación (o devengo) y en la aplicación de las IPSAS; y se estaba revisando el Manual electrónico con la finalidad, en particular, de incorporar nuevas normas y procedimientos relativos a la implantación del nuevo Sistema de Información Gerencial de la OSP.

124. El señor Birmingham, al responder a las preguntas sobre los contratos de una fuente única, explicó que más de la mitad de los contratos de servicio otorgados en el 2012 habían sido contratos para los cuales el precio ya se había fijado de conformidad con un acuerdo a largo plazo o por cantidades inferiores a la cantidad de \$5.000 establecida como umbral y para la cual se exigía una licitación competitiva. Para los

contratos por cantidades superiores a esa cantidad, la Oficina siempre solicitaba licitaciones; sin embargo, la naturaleza sumamente especializada de los servicios técnicos que la OPS necesitaba, a menudo dificultaba o imposibilitaba encontrar más de un proveedor. Con respecto al aumento en los costos de personal, estos se debían en gran parte a la tasa por puesto ocupado aprobada por los Estados Miembros para ayudar a financiar el proyecto del Sistema de Información Gerencial de la OSP.¹²

125. La Directora agradeció a los miembros del equipo de auditoría externa su informe y sus recomendaciones valiosas y afirmó que la Oficina trabajaría para seguir efectuando mejoras en todas las áreas destacadas por los auditores. A su modo de ver, la OPS había logrado considerables avances a lo largo de los años en el mejoramiento de su gestión y rendición de cuentas y que, en ese sentido, estaba funcionando mejor que la mayoría de los organismos de las Naciones Unidas. No obstante, siempre era posible mejorar más. La Oficina ya había empezado a adoptar medidas con respecto a algunas de las recomendaciones del Auditor Externo y para septiembre tendría un plan de acción completo para abordar cada una de ellas.

126. El Comité tomó nota de los informes.

Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (documento CE152/17)

127. El señor David O'Regan (Auditor General, Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación, OSP), al destacar los puntos principales del informe, señaló que en los párrafos 1 al 11 se abarcaba el alcance general del trabajo de asesoramiento independiente que hace la Oficina, además de sus recursos; los párrafos 12 y 13 describían la manera en que la Oficina coordinaba su trabajo con el del Auditor Externo y la Oficina de Servicios de Supervisión Interna de la OMS; los párrafos 14 a 31 resumían los resultados y las recomendaciones de las auditorías temáticas y las auditorías de las oficinas en los países y en los centros panamericanos efectuadas en el año; los párrafos 32 a 39 examinaban otros aspectos del trabajo de la Oficina y la naturaleza evolutiva de ese trabajo, lo que incluía la preparación de un proyecto de política de evaluación que estuviese acorde con la política de evaluación de la OMS, pero adaptada a las circunstancias de la OSP; los párrafos 41 a 44 examinaban las medidas tomadas para poner en práctica las recomendaciones anteriores de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación (IES); y los párrafos 45 a 50 presentaban la opinión general de la Oficina sobre el ambiente interno de control y algunas recomendaciones amplias para el mejoramiento.

128. El Comité expresó agradecimiento por el trabajo de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación e instó a que se pusieran en práctica cuanto antes todas las recomendaciones formuladas en el informe. Una delegada preguntó cuáles serían las

¹² Véanse el documento CD50/7 y la resolución CD50.R10 (2010).

circunstancias bajo las cuales la Oficina Sanitaria Panamericana quizá optaría por no poner en práctica una recomendación del IES y sugirió que los Estados Miembros debían recibir información acerca de las razones de la decisión de la OSP. Se pidió una aclaratoria acerca del nuevo método de las evaluaciones colaborativas, en particular con respecto a si habría un programa anual de trabajo para las evaluaciones y el nivel de autoridad que tendría IES para decidir cuáles evaluaciones iban a hacerse.

129. El señor O'Regan explicó que anteriormente IES efectuaba dos evaluaciones por año. De acuerdo con el nuevo método, IES procuraría consolidar e interpretar un número mucho más grande de evaluaciones que ya estaban efectuando diversos funcionarios dentro de la Oficina, cuyo objetivo era captar las enseñanzas extraídas. El cambio era similar al que había ejecutado la OMS. En cuanto a la función de IES en la selección de las evaluaciones que se harían, el proyecto de política de evaluación otorgaba a la gerencia la autoridad para solicitar evaluaciones; la función de IES consistiría en extraer y consolidar la información y presentarle informes a la gerencia.

130. En algunas raras ocasiones cuando la Oficina Sanitaria Panamericana optaba por no aceptar una recomendación de IES, esta dialogaría con la gerencia, y si no era posible llegar a un acuerdo, IES eliminaría la recomendación. Se suministraría información sobre estos casos a los Estados Miembros en los informes anuales de IES. Se comprometía a incluir más información sobre las razones de la no aceptación en informes futuros.

131. El señor Guillermo Birmingham (Director de Administración, OSP), señaló que la única recomendación que no se había aceptado en el 2012 se refería al método de cálculo del viático diario pagado al personal en viaje de comisión de servicio; agregó que la práctica de la OSP era reembolsar 100% del costo real del alojamiento, a condición de que la cantidad no excediera el nivel máximo establecido por las Naciones Unidas. Ese método ahorra más de \$250.000 al año y, por consiguiente, la OSP había deseado mantener este método, en lugar de pagar unos viáticos brutos, como era la práctica en muchos otros organismos.

132. La Directora señaló que, si bien IES llevaba a cabo sus funciones de manera independiente, la gerencia colaboraba muy de cerca con IES, solicitaba orientación continua y valoraba enormemente su asesoramiento. Esa relación de trabajo era importante para poder abordar los temas a medida que surgían. Con respecto al nuevo método para las evaluaciones internas, la OSP estaba estudiando la forma de conseguir que las evaluaciones fueran más objetivas y que aportaran más información que podría usarse para efectuar mejoras programáticas y de gestión.

133. El Comité tomó nota del informe.

Modificaciones del Reglamento Financiero (documento CE152/18)

134. El doctor Matías Villatoro (Presidente del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó que el Subcomité había examinado varios cambios propuestos en el Reglamento Financiero (véanse párrafos 68 a 71 del informe final del Subcomité, documento SPBA7/FR), entre otros uno que permitiría retirar fondos de un presupuesto bienal hasta tres meses después del final del bienio, a fin de pagar por el trabajo que se había contratado para ese bienio. Se había explicado que las modificaciones se habían propuesto para resolver un problema contable que se planteaba cuando los servicios o las actividades iniciadas en un bienio no se terminaban hasta el siguiente. Sin el mecanismo propuesto de trasladar el remanente al bienio siguiente, toda la cantidad del contrato tendría que pagarse del presupuesto correspondiente al nuevo bienio, con lo cual se reducirían los recursos disponibles para el plan de trabajo de ese bienio.

135. El Comité aprobó la resolución CE152.R8, para recomendar que el Consejo Directivo aprobara las modificaciones propuestas al Reglamento Financiero.

Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros (documento CE152/19)

136. El doctor Matías Villatoro (Presidente del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración), al informar sobre el debate que tuvo lugar en el Subcomité sobre este tema (véanse párrafos 72 a 80 de informe final del Subcomité, documento SPBA7/FR), señaló que el Subcomité había brindado apoyo al aumento propuesto pero que algunos miembros habían preguntado si este sería suficiente para no tener que subsidiar las actividades de compras de la Organización con fondos del presupuesto ordinario. El Subcomité había recomendado que el Comité Ejecutivo aprobara el cambio propuesto, pero también había recomendado que en el 2015 debería volver a considerarse este tema.

137. La señora Florence Petizon (Gerente de Área, Gestión de Compras y Suministros, OSP), al subrayar los numerosos beneficios estratégicos de los mecanismos de compras de la OPS, observó que esos beneficios representaban un costo operativo y de personal de unos \$12 a \$14 millones por bienio. Sobre la base de las proyecciones y los modelos históricos, la comisión de 3,5% que se cobraba hoy en día por esos servicios generaría \$5 millones por bienio, con lo cual quedaría una brecha crítica de \$7 a \$9 millones, que actualmente se estaban subvencionando de forma cruzada con fondos del presupuesto ordinario. El aumento propuesto de 0,75% disminuiría mucho la brecha, con lo cual los fondos de compras se acercarían a la autosostenibilidad. También permitiría formar capacidad en áreas como la planificación de la demanda, manejo de las operaciones y gestión de la calidad; mejoraría las comunicaciones con las autoridades, la aduana y los organismos de reglamentación; mejoraría el seguimiento del desempeño de los proveedores; y forjaría alianzas estratégicas y asociaciones con actores clave.

138. En el debate que siguió, se subrayó que las actividades financiadas con recursos voluntarios y otros recursos extrapresupuestarios no debían subsidiarse en forma desproporcionada con fondos del presupuesto ordinario. Se aceptó el aumento propuesto, pero se expresó preocupación de que quizá no fuese suficiente; por lo tanto, se apoyó una nueva revisión del cargo en el 2015, además de exámenes periódicos de allí en adelante. A la Oficina se le solicitó que notificara a los Estados Miembros con anterioridad sobre cualquier aumento propuesto futuro para que pudieran insertarse esos cambios en los presupuestos nacionales de inmunización.

139. La señora Petizon estuvo de acuerdo en que el aumento era moderado en comparación con los cargos cobrados por otras organizaciones, pero le aseguró al Comité que este cargo permitiría que las actividades de compras de la Organización fuesen autosostenidas en este momento. Se aseguraría de que los Estados Miembros fuesen informados oportunamente de todo aumento futuro.

140. La Directora reconoció que el aumento era mínimo y señaló que vigilaría la situación para conseguir que los fondos de compras fueran autosuficientes. Tanto el Fondo Estratégico como el Fondo Rotatorio estaban actualmente en proceso de evaluación con miras a simplificar los procesos administrativos y garantizar mayor eficiencia y, por lo tanto, lograr ahorros.

141. El Comité aprobó la resolución CE152.R3, para apoyar el aumento propuesto.

Situación de los proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial de la OPS (documento CE152/20)

142. El doctor Matías Villatoro (Presidente del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) resumió la consideración de este tema por el Subcomité (véanse párrafos 81 a 85 del Informe final del Subcomité, documento SPBA7/FR) e informó que el Subcomité había respaldado la propuesta de la Oficina de transferir saldos no utilizados que totalizaban \$93.000 desde los proyectos 3.A y 3.C al proyecto 3.D, que es la segunda fase del proyecto de Modernización del Sistema de Información Gerencial de la OSP.

143. La señora Verónica Ortiz (Asesora, Gestión del Programa y Presupuesto, OSP), agradeció el apoyo del Subcomité a la transferencia propuesta, y señaló que el documento CE152/20 reflejaba la situación de todos los proyectos al 30 de abril del 2013.

144. El Comité aprobó la resolución CE152.R6, para aprobar la transferencia propuesta de los fondos.

Plan Maestro de Inversiones de Capital (document CE152/21)

145. El doctor Matías Villatoro (Presidente del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó sobre el examen de este tema por el Subcomité (véanse los párrafos 86 a 93 del Informe final del Subcomité, documento SPBA7/FR), señalando que,

en respuesta a una pregunta de un delegado, se había informado al Subcomité que no se esperaba ningún financiamiento adicional de la OMS para los gastos de los fondos subsidiarios de Mantenimiento y Mejoramiento de Bienes Inmuebles y Tecnología de la Información.

146. El señor Edward Harkness (Gerente, Operaciones de Servicios Generales, OSP) reexaminó la historia del Fondo Maestro de Inversiones de Capital y destacó las principales actividades llevadas a cabo bajo el Plan Maestro de Inversiones de Capital durante el primer año del bienio de 2012-2013 y las actividades proyectadas para 2014-2021, el término restante del Plan decenal. Señaló que en el área de tecnología de la información, el equipo y el software debían mantenerse, repararse y reemplazarse continuamente para conseguir que la Oficina pudiera llevar a cabo sus funciones de comunicación. También era necesario mantener espacios de oficina seguros en la Sede y en las oficinas en los países. La Oficina trabajaba muy de cerca con los administradores de las oficinas de país para identificar y presupuestar las reparaciones y las mejoras necesarias en un período de 10 años. Algunos de los sucesos dignos de mención en esa área, descritos en el documento CE152/21, incluían el trabajo continuo en la nueva oficina de la representación en Haití, que se esperaba estuviera lista para ser ocupada en diciembre del 2013. Este edificio que reemplazaría las oficinas destruidas en el terremoto del 2010, lo habían costeado conjuntamente la OMS y la OPS. La OMS también había dado financiamiento para permitirle a la Oficina hacer una evaluación de todos los bienes de la OPS a fin de planificar cualquier reparación necesaria en los próximos 10 años.

147. Durante el debate por el Comité de este tema, un delegado pidió confirmación de que no se esperaba ningún financiamiento más de la OMS y solicitó información sobre las fuentes de financiamiento para la estrategia de tecnología de la información de la Organización. Otro delegado sugirió que los informes futuros sobre el Plan Maestro de Inversiones de Capital debían incluir información sobre las fuentes de financiamiento de los diversos gastos.

148. El señor Harkness señaló que la OPS había recibido \$500.000 de la OMS en el 2013 para llevar a cabo la evaluación de los bienes inmuebles a la cual había aludido; no se esperaba ningún financiamiento adicional durante el año. El financiamiento adicional de las inversiones de bienes inmuebles había provenido del Fondo del excedente de la implementación de las IPSAS. Ese dinero se usaría estratégicamente para estudiar ahorros posibles, lo que quizá incluiría, por ejemplo, construir un edificio para una oficina en los países en lugar de seguir ocupando propiedades alquiladas costosas. De acuerdo a lo solicitado, los informes futuros incluirían información más detallada sobre las fuentes de financiamiento y sobre la reflexión estratégica que sustentaba las inversiones planificadas.

149. El señor Guillermo Birmingham (Director de Administración, OSP), suministró información adicional sobre fuentes de financiamiento de los gastos de capital y las inversiones, al explicar que el Fondo Maestro de Inversiones de Capital se financiaba

normalmente por cualquier excedente que quedaba a fines de un bienio. Al finalizar el bienio 2010-2011, también se había transferido financiamiento al Fondo Maestro de Inversiones de Capital de la cuenta del excedente de las IPSAS, que se había establecido en el 2012 con fondos que habían quedado de la adopción de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público.¹³ Además, la Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2012 había estado de acuerdo con la creación del Fondo Subsidiario Rotatorio y Estratégico de Bienes Inmuebles,¹⁴ cuyo objetivo era precisamente que la Oficina aprovechara las oportunidades que el señor Harkness había mencionado. Como se había indicado, la OPS también recibía financiamiento del Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles de la OMS.

150. La Directora agregó que garantizar seguridad del personal en las ubicaciones de toda la Organización, de conformidad con la política de seguridad de las Naciones Unidas, era una prioridad, como lo era también el examen continuo y la modernización de los sistemas existentes de tecnología de la información. Aseguró al Comité que la Oficina examinaría y asignaría prioridades a los gastos de capital necesarios y velaría por la transparencia y la rendición de cuentas en el uso de fondos para esa finalidad.

151. El Comité Ejecutivo tomó nota del informe.

Asuntos relativos al personal

Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CE152/22)

152. El doctor Matías Villatoro (Presidente del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) resumió las deliberaciones del Subcomité sobre este tema (véanse párrafos 94 a 99 del informe final del Subcomité, documento SPBA7/FR) e informó que el Subcomité había recomendado que el Comité Ejecutivo ratificara las modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana presentadas en el documento CE152/22. Observó que se había informado al Subcomité que la adopción de medidas relacionadas con varias recomendaciones de la Comisión de Administración Pública Internacional se había diferido hasta la reanudación del Sexagésimo séptimo Período de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, a principios del 2013, y que si esas recomendaciones se aprobaban antes de junio del 2013, la Directora presentaría los cambios correspondientes del Reglamento del Personal al Comité Ejecutivo para su confirmación.

153. La señora Kate Rojkov (Gerente de Área, Gestión de Recursos Humanos, OSP) presentó un resumen de las modificaciones del Reglamento del Personal y explicó que estas tenían por objeto mantener la uniformidad con el Reglamento del Personal de la OMS y reflejar las prácticas adecuadas en la gestión de los recursos humanos. Otras de

¹³ Véase la resolución CSP28.R16 (2012).

¹⁴ Véase la resolución CSP28.R17 (2012).

las modificaciones se hacían de conformidad con las decisiones adoptadas por el Sexagésimo séptimo Período de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas. Sin embargo, la Asamblea General no había aprobado los cambios propuestos sobre la remuneración para el personal de la categoría profesional y superior, de manera que no se estaban recomendando modificaciones en ese sentido. Todavía se estaban examinando las consecuencias del aumento de la edad de la jubilación para los nuevos participantes en la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas, y la Oficina esperaba por una decisión de la Asamblea General de las Naciones Unidas antes de proponer otros cambios.

154. La Directora dijo que se había consultado a la Asociación de Personal acerca de las modificaciones del Reglamento del Personal y, aunque al principio la Asociación no estaba de acuerdo con algunos de los cambios propuestos, luego de las consultas se había logrado el consenso y la Asociación ahora apoyaba plenamente las modificaciones.

155. El Comité aprobó la resolución CE152.R11, para confirmar las modificaciones del Reglamento del Personal, según se establecían en el documento CE152/22.

Estadísticas con respecto a la dotación de personal de la Oficina Sanitaria Panamericana (documento CE152/23)

156. El doctor Matías Villatoro (Presidente del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó sobre la consideración por el Subcomité de este tema (véanse párrafos 100 a 113 del informe final del Subcomité, documento SPBA7/FR), y observó que el Subcomité había expresado inquietud acerca del gran número de funcionarios que debía jubilarse en un futuro cercano y había subrayado la necesidad de contar con una política de contratación bien planificada. Señaló además, que el Subcomité había solicitado información más detallada sobre las consultorías y el porcentaje de funcionarios temporeros que eran antiguos funcionarios o jubilados. También se había solicitado información sobre las repercusiones en los costos del gran número de arreglos contractuales no tradicionales que se estaban utilizando.

157. La señora Kate Rojko (Gerente de Área, Gestión de Recursos Humanos, OSP) al destacar algunos de los datos presentados en el informe, suministró más información sobre la distribución del personal en la Sede y en las oficinas en los países por tipo de nombramiento, sexo, edad y país de origen, así como información adicional sobre el personal temporal, incluido el nombramiento temporal de jubilados, que se detallaba en el anexo A del documento CE152/23.

158. Cuando el Comité abordó este tema, los delegados agradecieron la información complementaria suministrada en respuesta a las solicitudes del Subcomité y elogiaron el progreso continuo de la Oficina hacia la paridad de sexo a todos los niveles de la Organización. Se expresó preocupación por los riesgos asociados con depender de un porcentaje grande de funcionarios temporeros y acerca del uso de una variedad de

mecanismos contractuales no tradicionales. Varios delegados preguntaron si se habían elaborado planes de contratación con miras a mitigar la pérdida de experiencia y conocimientos resultante del gran número de jubilaciones inminentes. En ese sentido, se plantearon preguntas concretas sobre los planes para transferir el conocimiento y velar por la continuidad del trabajo de la Organización y acerca de la forma de vincular el proceso de contratación con el nuevo Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana (véanse los párrafos 188 a 196 más abajo).

159. La señora Rojkov dijo que su Oficina estaba colaborando muy de cerca con los gerentes para ayudarlos en la planificación de los recursos humanos y se estaba haciendo un examen en gran escala encaminado a formular una estrategia y un plan de contratación basado en las metas y los objetivos estratégicos y en las necesidades programáticas. Se esperaba que la implantación del Sistema de Información Gerencial le permitiría a la Oficina ofrecerles más asesoramiento estratégico a los gerentes. Ya se estaban aplicando procedimientos para velar por la continuidad y la transferencia del conocimiento cuando el personal se jubila. Su oficina seguiría perfeccionando esos procedimientos.

160. El señor Guillermo Birmingham (Director de Administración, OSP), al responder a las observaciones acerca de los diversos tipos de mecanismos contractuales, recordó que el proceso de reforma de la contratación emprendido varios años antes había reducido el número general de arreglos contractuales de más de 22 a alrededor de nueve, que era un número mucho más manejable. La Oficina seguiría estudiando la forma de simplificar los arreglos contractuales y reducir los riesgos resultantes; sin embargo, era importante recordar que los contratos de consultoría y otros contratos a corto plazo aportaban oportunidades y ventajas, en particular cuando se necesitaba un servicio muy específico por un tiempo limitado. En su opinión, la Oficina había tenido éxito en lograr un buen equilibrio entre los arreglos contractuales tradicionales y los no tradicionales.

161. La Directora observó que los recursos humanos eran particularmente cruciales para una organización que se ocupa de la prestación de cooperación técnica. La Oficina iba a formular una estrategia y un plan de recursos humanos en respuesta al Plan Estratégico 2014-2019, que ofrecería el contexto para determinar las necesidades de recursos humanos. El proceso de planificación de recursos humanos empezaría inmediatamente después de la 152.^a sesión del Comité. Todos los funcionarios participarían plenamente en el proceso, para asegurar que percibieran el plan como propio. En septiembre, durante el Consejo Directivo se daría más información sobre el proceso de planificación de recursos humanos.

162. Con respecto a las observaciones del señor Birmingham, recalcó la importancia de mantener una fuerza laboral flexible. Aunque la Oficina tenía que mantener una dotación mínima de personal que pudiera atender las funciones básicas de la Organización y las prioridades establecidas en el Plan Estratégico, también necesitaba flexibilidad para contratar a cierto tipo de personal en respuesta a situaciones específicas que pudieran surgir y para satisfacer las necesidades de experiencia y conocimientos específicos a

corto plazo. La flexibilidad en la planificación de los recursos humanos también sería esencial en razón de las limitaciones actuales de recursos. También señaló que hoy en día la Oficina contaba con mecanismos robustos para garantizar que la dotación de personal fuese suficiente. Uno de dichos mecanismos era el plan de trabajo anual que debían presentar todas las entidades de la Oficina y que servían de base para la contratación de personal nuevo.

163. El Comité tomó nota del informe.

Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS (documento CE152/24)

164. La señora Carolina Báscones (Representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS) destacó los asuntos que la Asociación de Personal deseaba llevar a la atención del Comité, en particular sus puntos de vista y sus preocupaciones con relación a la administración interna de justicia y la gestión de los recursos humanos. Empezó por recalcar que la Asociación de Personal había recibido con beneplácito la apertura de la nueva Directora al diálogo y apreciaba las medidas que había adoptado para asegurar un ambiente de trabajo libre del acoso y del abuso de autoridad. Aunque la Asociación de Personal reconocía la existencia de diversos mecanismos para la resolución de los conflictos (véase el Informe Anual de la Oficina de Ética, párrafos 23 a 30 anteriores), seguía preocupada por las fallas en la administración interna de justicia y consideraba que debía pedirse a la Dependencia Común de Inspección de las Naciones Unidas que efectuara un examen independiente del Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos. Motivo de especial interés era la Junta de Apelación, que no había elegido a ningún miembro en los 10 años anteriores, todavía no había adoptado su Reglamento Interno, y estaba presidida por una persona ajena a la Organización. Según el punto de vista de la Asociación, había llegado el momento de hacer ese examen ya que la Organización tenía un nuevo Director y estaba lista para adoptar un nuevo Plan Estratégico; por lo tanto, se encontraba en una coyuntura histórica.

165. La Asociación de Personal recibió con beneplácito el interés obvio de los Estados Miembros en los asuntos de personal y apoyó con firmeza la formulación de un plan integral de recursos humanos para complementar el nuevo Plan Estratégico y asegurar que la Organización contaba con las competencias necesarias para ejecutarlo. Subrayó que sería importante examinar el plan regularmente para comprobar que los recursos humanos se estaban administrando de conformidad con los mandatos establecidos por los Cuerpos Directivos.

166. En el debate que siguió, un miembro del Comité solicitó una aclaratoria sobre el párrafo 11 de la intervención escrita de la Asociación de Personal (documento CE152/24), en el que se indicaba que el Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos no satisfacía las normas mínimas de un sistema interno de justicia e infringía la Declaración Universal de los Derechos Humanos, una afirmación que no

parecía estar acorde con lo que se había dicho antes acerca del sistema (véanse los párrafos 23 a 30 anteriores). Se instaba a la Directora a que colaborara con el Grupo Mundial de Políticas de la OMS con miras a mejorar el sistema para la administración interna de la justicia en toda la OMS.

167. La señora Báscones respondió que un sistema de justicia debía tener ciertos atributos, entre otros independencia y separación de sus funciones, el derecho de las partes a tener posibilidad de defensoría, el derecho a examinar cualquier evidencia pertinente, el derecho a que la justicia se impartiera rápidamente y el derecho a apelar. Agregó que en el momento, solo la Administración tenía acceso a toda la evidencia; el personal no disponía de esa información porque algunos documentos se consideraban como propiedad confidencial de la Organización. En ocasiones, la Junta de Apelación tardaba hasta tres años para llegar a una decisión sobre un caso. Por otro lado, solo el personal con contratos de las Naciones Unidas tenía acceso al Sistema de Gestión de los Asuntos de Integridad y los Conflictos. Todos esos factores habían creado una situación de desconfianza en el personal. El Sistema no cumplía con las normas mínimas que se exigía a organismos similares en los Estados Miembros. Por consiguiente, la Asociación de Personal reiteraba su solicitud de que se efectuara un examen minucioso del sistema cuyo objetivo debía ser que la OPS se convirtiera en un modelo entre los organismos internacionales con respecto a las prácticas de recursos humanos.

168. La Directora dijo que si el personal tenía la percepción de que el sistema interno de justicia no estaba trabajando eficazmente —independientemente de que esa percepción estuviese equivocada o no— sus inquietudes tenían que considerarse con mucha seriedad, en particular porque el personal era fundamental para la misión de una organización de cooperación técnica como la OPS. Ya había prometido que iba a colaborar con la Asociación de Personal y seguía dispuesta a iniciar un diálogo acerca de los problemas percibidos en el sistema, aunque no podía prometer que todos los deseos y exigencias del personal iban a satisfacerse; esperaba respeto y cooperación del personal. En especial, deseaba evitar una situación de enfrentamiento y de conflicto y fomentar un entorno en el que el personal se sintiera respetado, apreciado y motivado a fin de hacer todo lo posible para cumplir la misión de la Organización.

169. El Comité tomó nota de la intervención.

Asuntos de información general

Actualización sobre la reforma de la OMS (documento CE152/INF/1)

170. El señor Colin McIff (Estados Unidos de América), en su calidad de representante de un Estado Miembro que estaba facultado actualmente para designar a una persona que formara parte del Consejo Ejecutivo de la OMS, examinó los objetivos programáticos, de gobernanza y de gestión de la reforma de la OMS y resumió las medidas tomadas sobre el tema por el Consejo y la recién concluida 66.^a Asamblea Mundial de la Salud. Entre otras

medidas, la adopción del Duodécimo Programa General de Trabajo 2014-2019, que representaba una reforma estratégica y programática fundamental para la OMS. Observó que la Asamblea de la Salud también había decidido adoptar todo el presupuesto por programas para 2014-2015, en lugar de limitarse a la porción financiada con las contribuciones señaladas, como había sido el caso en el pasado y sostener un diálogo financiero entre dos partes destinado a movilizar los recursos necesarios para financiar plenamente el presupuesto. El Consejo Ejecutivo también había adoptado varias decisiones con respecto a la reforma de la OMS, como la de formular un conjunto único de principios fundamentales para guiar la participación de la OMS con los actores no estatales.¹⁵ Esos principios habían sido examinados por el Consejo en mayo del 2013 y serían considerados de nuevo en enero del 2014, antes de su presentación a la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud.

171. El señor Guillermo Birmingham (Director de Administración, OSP) señaló que la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud también había exhortado —en gran medida a solicitud de los Estados Miembros de las Américas— a la Directora General de la OMS a que elaborara un método de asignación estratégica de recursos que garantizara la asignación transparente y justa de los fondos a todas las oficinas principales y los niveles institucionales de la OMS.¹⁶ La metodología se aplicaría por primera vez en el bienio de 2016-2017. La Secretaría de la OMS había indicado que emprendería un proceso de consulta que incluiría a los representantes de todas las regiones de la OMS con la finalidad de elaborar una metodología y que se apoyaría en particular en la experiencia de la Región al formular la política presupuestaria de la OPS.

172. El proceso de movilizar los recursos para garantizar el financiamiento total del presupuesto por programas de la OMS correspondiente al bienio 2014-2015 comprendería tres fases, según se describe en el documento de la OMS A66/48 (anexo A al documento CE152/INF/1). Ya había finalizado la primera fase, que consistía en la aprobación de las prioridades y la adopción del presupuesto por programas. En la segunda fase, la del diálogo financiero, se celebrarían dos reuniones, la primera el 24 de junio del 2013. Los objetivos de la primera reunión serían proporcionar a los participantes información sobre el financiamiento de las necesidades y la cantidad de financiamiento ya disponible, examinar el plan de trabajo según el presupuesto por programas 2014-2015 y decidir cuál sería la estructura de la segunda reunión y cómo vigilar el progreso en la movilización de contribuciones en el intervalo entre la primera y la segundas reuniones.

173. En la segunda reunión, que se había fijado para los días 25 y 26 de noviembre del 2013, la Secretaría de la OMS suministraría información sobre los recursos ya movilizados y los déficits de financiamiento que quedaban, junto con detalles programáticos sobre lo que se proponía lograr según el presupuesto por programas de

¹⁵ Decisión EB132(11) (2013).

¹⁶ Decisión WHA66(9) (2013).

2014-2015. Además, la Directora General suministraría un plan inicial para la distribución de los fondos flexibles disponibles para financiar las diversas categorías del presupuesto y las oficinas principales de la Organización. La tercera fase implicaría la movilización de recursos a nivel de toda la Organización a lo largo del bienio. Se elaboraría un plan de movilización de recursos y se informaría a los Órganos Deliberantes de la OMS acerca del progreso.

174. En el debate que siguió, los delegados solicitaron información sobre la tendencia en las asignaciones de la OMS a las Américas y preguntaron lo que podría hacerse para asegurar mayor estabilidad y seguridad en las cantidades recibidas a mediano y a largo plazo. También se pidió información acerca de si el método de asignación estratégica de recursos se usaría para la asignación de las contribuciones voluntarias de la OMS y para la distribución del presupuesto por categoría y área programática. Se pidió una aclaración acerca de las expectativas de la Secretaría de la OMS con respecto a la función de las diversas regiones de la OMS en la recaudación del financiamiento voluntario. A este respecto, se señaló que aun después de que se estuviese utilizando el método de asignación estratégica de recursos, la Región quizá no tendría la certeza de recibir toda su partida de contribuciones voluntarias de la OMS. También se señaló que, debido a la identidad de la OPS como una organización separada e independiente, había diferencias en la manera en que se reconocía sus contribuciones voluntarias: los fondos movilizados por la OPS no necesariamente se contabilizaban en la proporción de las contribuciones voluntarias de la OMS que le correspondían a la Región, mientras que los fondos movilizados por las otras cinco regiones de la OMS si se contabilizaban.

175. El señor Birmingham respondió que la asignación regional de las contribuciones señaladas de la OMS había permanecido bastante estable por varios años, en alrededor de \$80,7 millones. Por otro lado, la asignación a la Región de las contribuciones voluntarias de la OMS, había descendido en forma sostenida, de alrededor de \$59 millones en el 2008-2009 a \$40 millones en el 2010-2011 y a \$30 millones en el período 2012-2013. En cuanto a lo que podría hacerse para asegurar mayor estabilidad en los recursos que llegan a la Región, los Estados Miembros habían adoptado algunas medidas en ese sentido, como la resolución aprobada en la sesión especial de la 152.a sesión del Comité¹⁷ y la postura muy fuerte y clara adoptada durante la reciente 66.ª Asamblea Mundial de la Salud por representantes de Estados Miembros de las Américas, quienes habían subrayado la necesidad de aplicar un método justo y transparente para asignar los recursos de la OMS en toda las regiones y niveles de la Organización.

176. Se había sugerido que algunos de los recursos movilizados en la Región para la OPS debían contabilizarse hacia la proporción de las Américas de las contribuciones voluntarias de la OMS, pero ese no era el caso actualmente. La Oficina seguiría tratando el asunto con la Secretaría de la OMS. Sin embargo, asegurar una proporción justa de las

¹⁷ Resolución CE152.SS.R1 (2013). *Asignación de fondos por la OMS a la Región de las Américas*. Ver anexo D.

contribuciones voluntarias mundiales para la Región quizá no fuese sencillamente una cuestión de contabilidad.

177. El mecanismo de asignación estratégica de recursos no se aplicaría a la asignación de las contribuciones voluntarias ni a la distribución de los recursos entre las categorías de trabajo y las áreas programáticas en el bienio 2014-2015, ya que el mecanismo no se aplicaría hasta el bienio 2016-2017. La asignación de recursos para las categorías del Duodécimo Programa General de Trabajo y para las diversas oficinas y niveles de la Organización se decidiría en gran parte sobre la base del diálogo financiero. Por lo tanto, la participación activa por los Estados Miembros en el diálogo sería fundamental para asegurar que los requisitos de la Región se tuviesen en cuenta debidamente.

178. La Directora afirmó la importancia de la participación de los Estados Miembros de la OPS en el diálogo financiero, al señalar que la porción total para la Región del presupuesto por programas de la OMS había descendido de \$141 millones en el bienio 2008-2009 a \$111 millones en el bienio 2012-2013. Las reducciones de las contribuciones voluntarias representaban la mayor parte de esa disminución. Por otro lado, esas cifras reflejaban cantidades presupuestadas y no las que había recibido la Región en realidad. Era importante que los Estados Miembros de las Américas siguieran trabajando para conseguir que su Región recibiera una proporción justa del presupuesto de la OMS.

179. Deseaba asegurar al Comité que la Oficina reconocía las consecuencias de la reforma de la OMS para la OPS y las había tenido en cuenta totalmente en el proceso de preparar, en estrecha colaboración con los Estados Miembros, el Plan Estratégico 2014-2019 de la OPS y el proyecto de programa y presupuesto para 2014-2015.

180. El Comité tomó nota del informe.

Duodécimo Programa General de Trabajo 2014-2019 y Presupuesto por Programas 2014-2015 de la OMS (documento CE152/INF/2)

181. El señor Colin McIff (Estados Unidos de América) intervino de nuevo en su calidad representante de un Estado Miembro facultado actualmente para designar a una persona que formara parte del Consejo Ejecutivo de la OMS y presentó el documento sobre este tema. Señaló que tanto el Duodécimo Programa General de Trabajo 2014-2019 (PGT12) como el Presupuesto por Programas 2014-2015 de la OMS marcaban hitos en los esfuerzos de reforma de la OMS. La elaboración y la adopción del nuevo Programa General de Trabajo que abarcaba seis años había sido la culminación de un proceso de varios años de establecimiento de prioridades estratégicas que había empezado en el 2010 y había incluido a todos los Estados Miembros. Como parte de la reforma de la OMS, se había decidido simplificar los documentos de planificación estratégica de la OMS y reducir el período del Programa General de Trabajo de diez a seis años. El PGT12 presentaba una visión estratégica de alto nivel para el trabajo de la OMS en el período de

seis años y establecía categorías de trabajo y prioridades de liderazgo, que eran áreas clave en las que la OMS procuraría ejercer su influencia en el escenario mundial de la salud. El documento también planteaba una cadena de resultados, que sería la herramienta principal para el seguimiento y la evaluación del desempeño de la OMS.

182. El presupuesto por programas, que emanaba del PGT12, contenía un plan de trabajo detallado para los dos primeros años del PGT12. La cadena de resultados incluía un conjunto de productos de los cuales debería rendir cuentas la Secretaría de la OMS, además de resultados e impactos, de los que serían responsables conjuntamente la Secretaría, los Estados Miembros y los socios. La Asamblea Mundial de la Salud había aprobado un presupuesto total de \$3,98 mil millones, que era un aumento pequeño con respecto a 2012-2013, pero sin aumento en las contribuciones señaladas. Entre las categorías de trabajo, las enfermedades transmisibles habían recibido la mayor proporción, a pesar de una reducción sustancial con respecto al bienio en curso. Según se observó en el punto anterior, la Asamblea Mundial de la Salud había aprobado por primera vez el presupuesto en su totalidad, una importante reforma financiera según la cual los Estados Miembros ejercerían la propiedad colectiva de todo el presupuesto y sus prioridades.

183. Sin embargo, la aprobación del Duodécimo Programa General de Trabajo 2014-2019 y del Presupuesto por Programas 2014-2015 no marcaba el final del proceso de reforma. La Secretaría de la OMS había dejado claro que el bienio 2014-2015 sería transitorio, durante el cual seguiría refinando los indicadores de productos y de resultados y aportaría mayores detalles, entre otros, una mejor determinación de los costos de las actividades y la vinculación de los gastos con los resultados. Esos refinamientos fortalecerían la cadena de resultados, con lo cual mejoraría la gestión basada en resultados y la transparencia.

184. La señora Amalia Del Riego (Asesora Principal, Planificación y Coordinación de Recursos, OSP) estuvo de acuerdo en que la aprobación del Duodécimo Programa General de Trabajo y el Presupuesto por Programas de la OMS para 2014-2015 habían sido hitos importantes en el aspecto programático de la reforma de la OMS. Señaló que la Región de las Américas había efectuado una contribución significativa a la formulación de ambos documentos mediante la consulta regional celebrada durante la 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2012. Tanto el PGT12 como el proyecto de presupuesto por programas 2014-2015 de la OMS habían influido en gran medida en el proyecto de Plan Estratégico 2014-2019 de la OPS y en el Proyecto de Programa y Presupuesto 2014-2015. Como lo había señalado el señor Birmingham, el hecho de que la Asamblea Mundial de la Salud no había aprobado una asignación fija de contribuciones señaladas podría tener consecuencias para la OPS, en especial con respecto a la planificación operativa que tendría lugar después del 52.^o Consejo Directivo.

185. En el debate que siguió, un delegado señaló que abordar los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud era una de las prioridades de liderazgo

determinadas para la OMS y subrayaba la necesidad de actividades programáticas concretas, con una estrategia clara y metas e indicadores de progreso, para abordar los determinantes de la salud. Recalcó que debería hacerse más énfasis, fijándose una estrategia, fijándose metas e indicadores de progreso, ya que no bastaba con hablar de la importancia de los determinantes sociales de la salud sino que deberían emprenderse acciones.

186. La Directora reconoció que el tema de los determinantes sociales de la salud era de gran importancia para la Región, como había quedado demostrado en los debates en torno al Duodécimo Programa General de Trabajo, en el que los Estados Miembros de las Américas habían insistido en que los determinantes de la salud deberían figurar de manera más prominente a nivel de categoría. Los determinantes de la salud se habían incluido explícitamente en una de las categorías del Plan Estratégico de la OPS (véanse los párrafos 40 a 55 anteriores), y para conseguir que el asunto recibiera la atención que merecía, se estaba estableciendo dentro de la estructura orgánica de la OPS un programa especial que se ocuparía de los determinantes sociales de la salud y el desarrollo sostenible

187. El Comité tomó nota del informe.

Proyecto de Modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana: Informe de progreso (documento CE152/INF/3)

188. El doctor Matías Villatoro (Presidente del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) informó sobre el examen de este tema por el Subcomité (véanse los párrafos 114 a 122 del informe final del Subcomité, documento SPBA7/FR). Se había informado al Subcomité que la Oficina estaba analizando softwares de bajo costo porque los que se habían ofrecido en respuesta a la solicitud original de propuestas habían sido demasiado costosos. El Subcomité había expresado su esperanza de que pudiera encontrarse el software apropiado para poder ejecutar el proyecto en el plazo establecido y por la cantidad presupuestada. Se había solicitado un informe actualizado para el Comité Ejecutivo.

189. La doctora Caterina Luppi (Gerente de Área, Servicios de Tecnología de la Información, OSP) informó que, desde la reunión del Subcomité en marzo, la Oficina había organizado talleres de información con diversos proveedores de software de planificación de recursos empresariales, había evaluado las propuestas recibidas e identificado las soluciones de software más apropiadas para las finalidades de la OPS. También había identificado las deficiencias en los diversos softwares que se habían considerado y actualmente estaba evaluando otros tipos de software que podría integrarse en el sistema para llenar los vacíos funcionales. El equipo de gestión de proyectos esperaba dar una recomendación para una solución técnica hacia mediados de julio del 2013, después de lo cual se haría la evaluación financiera del software preferido. Una vez concluidas las evaluaciones técnicas y financieras, la Oficina empezaría a buscar una

empresa para ayudar con el proyecto y la gestión del cambio y con las comunicaciones. La Oficina había previsto contratar a una empresa que tuviera experiencia directa con el producto de software elegido. Se esperaba que el proyecto se terminara sin cambios en el presupuesto original y en la fecha programada de finalización, de junio del 2015. Sin embargo, la Oficina estaba preparando un “plan B” para mitigar los costos adicionales y asegurar que la Organización pudiera seguir operando con sus sistemas antiguos que están utilizando actualmente, en el caso de cualquier retraso inesperado.

190. Subrayó que sería fundamental para la aplicación eficaz del sistema nuevo, prestar la debida atención al “elemento humano”. Por consiguiente, la comunicación eficaz y la gestión del cambio también serían esenciales. Además, sería necesario adoptar una estrategia integral de conectividad para conseguir que todas las representaciones de la OPS en los países pudieran tener acceso al sistema.

191. En el debate del tema por el Comité, se expresó preocupación de que no hubiera sido posible identificar una solución integral de software que pudiera adquirirse con el financiamiento asignado por el Consejo Directivo en el 2010 y que, según el informe del Auditor Externo, el trabajo realizado y la cantidad de \$1,1 millones gastada hasta el momento en el proyecto, no había sido útil para la OPS.¹⁸ Una delegada preguntó si se había previsto que el gasto de esos fondos crearía un déficit en el financiamiento del proyecto. Se instó a la Oficina a que hiciera todo lo posible por no salirse del presupuesto original y a que avanzara lo más rápido posible para cumplir con el cronograma y la fecha original de finalización del proyecto. Se puso de relieve la necesidad de hacer planes con respecto a los riesgos y vigilar los riesgos, los costos y las áreas de preocupación identificadas en el documento sobre este tema. También se recalcó que el sistema de la Oficina debía estar plenamente alineado e integrado con el Sistema Mundial de Gestión de la OMS y ofrecer un nivel similar de planificación estratégica y operativa, gestión de planes de trabajo, vigilancia y notificación, y transparencia y rendición de cuentas— de conformidad con los términos de la resolución CD50.R10 (2010). Se pidió más información acerca del análisis de viabilidad para el proyecto, en particular con respecto a las ventajas relativas de las diversas soluciones de planificación de recursos empresariales que se estaban considerando y los beneficios esperados del sistema nuevo.

192. La doctora Luppi le aseguró al Comité que se vigilaría estrechamente la puesta en práctica del sistema nuevo para asegurar el control estricto de los costos, así como la transparencia y la rendición de cuentas. Se mantendría informados a los Estados Miembros del progreso a todo lo largo del proceso de ejecución. La Oficina estaba segura de que una vez que todos los componentes estuvieran en su sitio, el sistema iba a satisfacer las necesidades de toda la Organización con respecto a la presentación de informes y la integración y alineación con el Sistema Mundial de Gestión de la OMS y que tendría la suficiente flexibilidad para adaptarse a las necesidades cambiantes en el

¹⁸ Véase el párrafo 43 del *Informe del Auditor Externo*, que figura en el *Documento Oficial 344* (2012).

futuro. Esto era importante ya que el sistema estaba concebido para ser utilizado durante varios años. En efecto, la flexibilidad y la capacidad de integración se encontraban entre las principales consideraciones de la evaluación que hizo la Oficina de los posibles softwares. Reducir al mínimo la necesidad de adaptar softwares a los procesos de la Organización había sido otra prioridad máxima. A este respecto señaló que la experiencia del Sistema Mundial de Gestión de la OMS había indicado que era mucho menos costoso y lento adaptar los procesos al software y no a la inversa.

193. En cuanto a los beneficios previstos del sistema nuevo, se esperaba que facilitara la presentación de informes, no solo para la Oficina sino también para los Estados Miembros y mejorara la transparencia de los procesos. Por ejemplo, facilitaría el desglose de los costos de los proyectos. En consecuencia, sería más fácil tomar decisiones acerca de la cooperación técnica, sobre la base de hechos y cifras confiables. Con respecto a los \$1,1 millones ya gastados en el proyecto, recordó que la propuesta de proyecto inicial había contemplado el gasto de una cantidad significativa de financiamiento en la fase preparatoria del proyecto y agregó que la Oficina no había previsto ningún déficit en la cantidad necesaria para terminarlo.

194. El señor Guillermo Birmingham (Director de Administración, OSP) afirmó que se esperaba que el costo total del proyecto no excediera la cantidad original presupuestada de \$20,3 millones, de los cuales \$10 millones provenían de la Cuenta Especial. La transferencia del saldo que quedaba de la primera fase del proyecto ayudaría a conseguir que el proyecto se mantuviera dentro del presupuesto. Difería de la opinión del Auditor Externo con respecto a la utilidad de los \$1,1 millones ya gastados. Los dos resultados principales de ese gasto habían sido el proceso de licitación del software inicial y el análisis de viabilidad para el proyecto, gracias a lo cual la Oficina había logrado conocimientos y aptitudes importantes y, por consiguiente, no tendría que contratar a un consultor externo para ayudar en la búsqueda en curso del software apropiado de planificación de recursos empresariales.

195. La Directora aseguró al Comité que estaba plenamente consciente de la importancia del Sistema de Información Gerencial de la OSP tanto para los Estados Miembros como para el personal de la Oficina y que estaba comprometida a conseguir que el sistema cubriera las necesidades actuales y futuras de la Organización. La Oficina estaba teniendo en cuenta plenamente las enseñanzas extraídas de la experiencia de la OMS con el Sistema Mundial de Gestión y se esforzaría para asegurar, mediante el proceso de gestión del cambio, que el personal estaba preparado para usar el sistema de manera eficiente. Apelaba a los Estados Miembros para que no trataran de microadministrar el proceso de ejecución del proyecto, prometió que se les mantendría al corriente del progreso y que la Oficina no vacilaría en buscar asesoramiento de sus expertos técnicos si fuese necesario.

196. El Comité tomó nota del informe.

Informe sobre la 16.^a Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, en Salud y Agricultura (RIMSA 16) (documento CE152/INF/4)

197. El doctor Marcos Espinal (Gerente de Área, Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades, OSP) informó que la 16.^a Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, en Salud y Agricultura (RIMSA 16) se había celebrado en Santiago (Chile), los días 26 y 27 de julio del 2012. La reunión había abordado la demanda cada vez mayor de alimentos asequibles y de alta calidad y los retos de producir alimentos en armonía con el medio ambiente para proteger la salud de los consumidores y de todos los integrantes de la cadena agroalimentaria. También había destacado la necesidad de la colaboración intersectorial e internacional en materia de análisis y manejo de riesgos para la salud, tanto existentes como emergentes en el punto de contacto humano-animal-ambiente. La reunión también había puesto de relieve la necesidad de fortalecer las capacidades nacionales de vigilancia, prevención, control, alerta temprana y respuesta a las enfermedades transmitidas por los alimentos, las zoonosis y otros retos relacionados con la salud. La RIMSA 16 había reconocido la función de la inocuidad de los alimentos en la erradicación del hambre y la desnutrición, así como en la prevención de la resistencia a los antimicrobianos y las enfermedades transmitidas por los alimentos. Si bien era cierto que el comercio internacional de alimentos, los viajes y el turismo contribuían al desarrollo, también eran factores de riesgo de eventos de salud pública de preocupación nacional e internacional.

198. La RIMSA 16 había tomado nota de las resoluciones y recomendaciones emanadas de la 12.^a Reunión del Comité Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (COHEFA 12) y de la 6.^a Reunión de la Comisión Panamericana para la Inocuidad de los Alimentos (COPAIA 6) y había aprobado el Consenso de Santiago de Chile, en el que se instaba a los países a establecer sistemas de alerta temprana y mecanismos para la coordinación intersectorial, como parte de sus esfuerzos para eliminar la rabia humana transmitida por el perro y erradicar la fiebre aftosa. El Consenso también hacía un llamamiento a los países para que colaboraran en las iniciativas destinadas a asegurar la producción de alimentos inocuos y saludables, que son fundamentales, entre otras cosas, para la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles. Se había subrayado la importancia de las iniciativas de cooperación técnica para la formación de capacidad nacional y se había instado a los países a que esas iniciativas se ejecutaran con la máxima cooperación interinstitucional.

199. Las delegaciones expresaron su apoyo al Consenso de Santiago y estuvieron de acuerdo sobre la importancia de un suministro adecuado de alimentos inocuos. Se recalcó que era necesario contar con controles reglamentarios estrictos para garantizar la inocuidad de los fármacos de uso veterinario y de los alimentos para animales con miras a garantizar la inocuidad de los alimentos humanos derivados de los animales. Se subrayó la necesidad de que los países adoptaran normas comunes estrictas sobre la inocuidad de los alimentos para proteger a los consumidores en el mercado mundial. La educación de

los consumidores acerca de la inocuidad de los alimentos también se consideraba esencial, como lo eran también los sistemas adecuados de vigilancia de los alimentos y la salud. La referencia en el informe de la RIMS A 16 al método de “Una salud” fue bien recibido. Esos métodos se consideraban como esenciales en la lucha contra las enfermedades infecciosas emergentes, como la gripe aviar. También se encomió el énfasis en el tema central de la reunión con respecto al medio ambiente y el punto de contacto humano-animal-ambiente. Se esperaba que ese énfasis se fortalecería en futuras reuniones de RIMS A.

200. La delegada del Canadá anunció que su país sería la sede de la 24.^a reunión Rabia en las Américas, que se celebraría en Toronto del 27 al 31 de octubre del 2013.

201. El Comité tomó nota del informe.

Tercer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud: Informe sobre los preparativos (por Brasil) (documento CE152/INF/5)

202. El señor Alberto Kleiman (Brasil) presentó un resumen de los preparativos para el Tercer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud y los resultados previstos. Este Foro se celebrará en la ciudad brasileña de Recife del 10 al 13 de noviembre del 2013, y su tema será “Recursos Humanos para la Salud: base para una cobertura sanitaria universal y la agenda para el desarrollo después de 2015”. El Foro, que reunirá a numerosos interesados directos de gobiernos, organizaciones de la sociedad civil y organismos internacionales, se apoyará en el progreso logrado tras los dos primeros foros, celebrados en Uganda en el 2008 y en Tailandia en el 2011, con miras a renovar los compromisos contraídos en esas dos reuniones y establecer otros nuevos. También se procuraría aumentar la prioridad del tema de los recursos humanos para la salud en la agenda mundial de salud, al destacar la función crucial del personal de salud en el progreso continuo hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y en el logro de la cobertura sanitaria universal. Además, el Foro identificaría los temas clave en materia de recursos humanos y la agenda para el desarrollo después del 2015.

203. El programa consistiría en sesiones plenarias de alto nivel seguidas de discusiones técnicas sobre cinco temas: liderazgo, alianzas y rendición de cuentas; recursos financieros para la adopción de políticas robustas de recurso humanos para la salud; entorno jurídico y reglamentario; empoderamiento del personal sanitario; e innovación e investigación. Entre los resultados previstos se encuentran una Declaración de Recife, que, se esperaba, ayudaría a configurar la agenda mundial de salud y la agenda para el desarrollo después del 2015; un mecanismo para fomentar mayor cooperación en el tema de recursos humanos para la salud; y un mecanismo para vigilar el progreso en los compromisos contraídos en los diversos foros mundiales. Agregó que podría encontrarse más información en el sitio web de la Alianza Mundial en pro del personal sanitario.¹⁹

¹⁹ Disponible en: <http://www.who.int/workforcealliance/forum/2013/es/index.html>

Además, su delegación tenía la intención de proponer un proyecto de resolución sobre el tema para someterlo a la consideración de los Cuerpos Directivos de la OPS.

204. La delegada de los Estados Unidos de América agradeció al Gobierno del Brasil por organizar y patrocinar el próximo Foro y observó que su Gobierno estaba comprometido a aumentar la capacitación de personal en el área de salud para reducir su dependencia con respecto al personal extranjero de los países de recursos limitados. Además, estaba apoyando las oportunidades de capacitación para el personal de atención de salud en otros países, especialmente en África, a fin de ayudar a aumentar su banco de profesionales capacitados.

205. La Directora expresó también su agradecimiento al Gobierno del Brasil por su liderazgo e instó a los Estados Miembros a participar en el Tercer Foro Mundial, observando que los dos foros anteriores habían ayudado a colocar a los recursos humanos para la salud como una parte crucial del fortalecimiento de los sistemas de salud. En general, los foros atraían a un gran número de participantes y brindaban una oportunidad valiosa de compartir experiencias y mejores prácticas.

206. El Comité tomó nota del informe.

La salud en la agenda para el desarrollo después del 2015: informe sobre los preparativos para el debate de tipo panel (documento CE152/INF/6)

207. El ingeniero Luiz Augusto Galvão (Gerente de Área, Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, OSP) dijo que el panel sobre la salud en la agenda para el desarrollo después del 2015, que se celebraría en el 52.º Consejo Directivo, examinaría, desde una perspectiva de salud, los debates sobre el tema que habían tenido lugar después del período de sesiones de 2012 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Rio+20) y otros foros. El objetivo general de la mesa redonda sería informar a los ministros de salud de la Región acerca de los procesos de consulta de la agenda para el desarrollo después del 2015. Se proponía que, además de la Directora General de la OMS, doctora Margaret Chan, los participantes deberían incluir a la Excelentísima Señora Embajadora doña María Ángela Holguín, Ministra de Relaciones Exteriores de Colombia; al doctor José Ignacio Carreño Ayala, director de la organización no gubernamental Coordinación en Salud Integral (PROCOSI) de Bolivia; y a la doctora Carissa Etienne, Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana. Otros de los oradores quizá serían Shamshad Akhtar, Subsecretario General de las Naciones Unidas para el Desarrollo Económico y Heraldo Muñoz, presidente del Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Equipo Regional para América Latina y el Caribe.

208. Se invitaría a los Estados Miembros a sostener un diálogo franco acerca de, entre otros temas, la función de la salud en el marco del desarrollo sostenible y las medidas que podrían adoptarse en las Américas para asegurar que las prioridades de salud de la

Región se incluyeran en el debate mundial más amplio, en particular para hacer de la cobertura sanitaria universal y la atención a los determinantes sociales de la salud, las metas principales de la agenda para el desarrollo después del 2015 .

209. Después de la introducción por el doctor Galvão, los Estados Miembros afirmaron la importancia de destacar la función de la salud en el desarrollo sostenible, pero también observaron que el desarrollo sostenible tenía tres dimensiones: social, económica y ambiental. También se recalcó la importancia de la atención continua a los Objetivos de Desarrollo del Milenio y de la convergencia entre esas metas y los futuros objetivos del desarrollo sostenible. Aunque la atención a las enfermedades no transmisibles se consideraba como una prioridad, surgía la pregunta de si estas debían abordarse como un objetivo específico en la agenda para el desarrollo después del 2015 o como parte del objetivo más amplio de lograr cobertura sanitaria universal. Se sugirió que los conceptos de “bienestar” y “bien vivir,” mencionados en el subpárrafo 6(e) del documento sobre este tema, debían aclararse.

210. El doctor Galvão dijo que los delegados habían planteado varios temas importantes, que se tendrían en cuenta al preparar el documento de base para la mesa redonda.

211. La Directora, al señalar que las consideraciones de salud habían quedado en gran parte al margen de las discusiones sobre la agenda para el desarrollo después del 2015, subrayó la necesidad de promover esta causa a fin de asegurar un lugar para la salud entre los objetivos de desarrollo sostenibles que iban a proseguirse. Sería importante alcanzar consenso sobre una meta concreta relacionada con la salud para incluirla en la agenda del desarrollo sostenible. Esa meta debía ser integral y abarcar tanto el trabajo continuo para cumplir cualquier Objetivo de Desarrollo del Milenio no alcanzado, como la atención a los determinantes sociales de la salud y el fortalecimiento de los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud. Debido a que muchas de las negociaciones sobre este tema estarían a cargo de ministros de relaciones exteriores y otros representantes diplomáticos, también sería importante que las autoridades sanitarias de la Región entablaran un diálogo con esos funcionarios acerca de cómo debería colocarse el tema de salud en la agenda para el desarrollo después del 2015 y plantear la cuestión de que, sin acceso igualitario a los servicios de salud y sin la debida atención a los determinantes sociales de la salud, podría no haber ningún desarrollo sostenible. Alentó a las autoridades sanitarias a que entablaran ese diálogo de inmediato.

212. Al señalar que parecía haber una gran confusión con respecto al significado de la “cobertura sanitaria universal”, dijo que la Oficina organizaría una actividad paralela sobre el tema que se celebraría en la semana del 52.º Consejo Directivo. Actualmente, se estaba preparando un documento conceptual que podría servir de apoyo para este evento.

213. El Comité tomó nota del informe.

Informes de progreso sobre asuntos técnicos (documentos CE152/INF/7-A, B, C, D, E, F, G, H e I)

A. *Estrategia y Plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño (2008-2015): evaluación de mitad de período*

214. La doctora Gina Tambini (Gerente de Área, Salud Familiar y Comunitaria, OSP), expresó su agradecimiento por los esfuerzos de los Estados Miembros para reducir la mortalidad neonatal, señaló que a pesar de los avances significativos logrados, seguían existiendo retos, en particular con respecto a la capacitación de los profesionales de la salud y el mejoramiento de la calidad de la atención.

215. La Directora rindió homenaje al doctor Ricardo Fescina, Director del Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva quien se jubilaría el 30 de junio del 2013. El Comité acompañó a la Directora para expresar su agradecimiento al doctor Fescina por su dedicación a la salud neonatal y a la OPS.

216. El Comité tomó nota del informe.

B. *Estrategia y Plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita: Evaluación de mitad de período*

217. La doctora Gina Tambini (Gerente de Área, Salud Familiar y Comunitaria, OSP) informó que cinco Estados Miembros habían alcanzado la meta establecida, de conformidad con el plan de acción para la reducción de la transmisión maternoinfantil del VIH, mientras que otro diez se encontraban muy cerca de lograrla. Catorce Estados Miembros habían logrado la meta para la reducción de la sífilis congénita, y otros tres estaban a punto de alcanzarla. Los resultados obtenidos hasta el momento demostraban que era posible eliminar la sífilis congénita en las Américas.

218. El Comité tomó nota del informe.

C. *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de salud en la Región de las Américas*

219. El Comité tomó nota del informe.

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

220. La Directora subrayó la necesidad de que los Estados Miembros mantengan la solidaridad entre ellos para contrarrestar los esfuerzos de la industria tabacalera destinados a impedir el control eficaz del tabaco.

221. El Comité tomó nota del informe.

E. Plan regional de salud de los trabajadores

222. Se agradeció a la Oficina su trabajo para elaborar el Plan Regional y se destacó la repercusión de las enfermedades ocupacionales y las enfermedades no transmisibles en cuanto a las estadísticas sanitarias y el costo de la atención de salud.

223. El Comité tomó nota del informe.

F. Hacia la eliminación de la oncocercosis (ceguera de los ríos) en las Américas

224. Se señaló que desde 1995, en la Región no se habían notificado nuevos casos de oncocercosis, y se elogió ese logro. Se alentó a los Estados Miembros a que movilizaran la voluntad política y los recursos necesarios para superar las barreras que todavía quedaban en la eliminación de la transmisión de la enfermedad entre las poblaciones en riesgo. Para lograr esa meta, eran esenciales el diálogo y la coordinación al más alto nivel. Se recomendó que las enseñanzas extraídas de las actividades de eliminación de la oncocercosis se aplicaran al control y la eliminación de otras enfermedades tropicales desatendidas. La delegada del Brasil ratificó el compromiso de su Gobierno con las medidas al más alto nivel político para eliminar la enfermedad, especialmente en la población yanomami a lo largo de frontera de su país con la República Bolivariana de Venezuela.

225. El Comité tomó nota del informe.

G. Plan regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud

226. Se recomendó que se extendiera el alcance de las actividades de la OPS para fortalecer las estadísticas vitales y de salud a fin de abarcar la generación y la vigilancia de los datos procedentes de los sistemas de información sanitaria de manera más amplia, lo que comprende proyección de las necesidades de financiamiento de recursos humanos y de atención de salud, generación de datos para medir la calidad y la eficiencia de la prestación de servicios de salud, y vigilancia del progreso hacia las metas de prevención y control de enfermedades. También se recomendó que el plan de acción incorporara actividades encaminadas a establecer y fortalecer centros colaboradores y de referencia para prestar cooperación técnica con respecto a las clasificaciones y la codificación internacional relacionadas con la salud. Se instaba a la Oficina a que fomentara la cooperación técnica entre países en esta área y a que promoviera la auditoría de la mortalidad como una forma de mejorar la información estadística.

227. El doctor Marcos Espinal (Gerente de Área, Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades, OSP) señaló que el Plan de acción abarcaba la cooperación con respecto a la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS. En el informe

sobre los progresos realizados que iba a presentarse al Consejo Directivo en septiembre se incluiría más información sobre ese aspecto del Plan y se reflejarían las recomendaciones y las observaciones formuladas por los Estados Miembros.

228. La Directora dijo que era obvia la necesidad de contar con información que fuera más allá de las estadísticas vitales para vigilar, evaluar e informar sobre el progreso en los indicadores establecidos en el Plan Estratégico 2014-2019. La Oficina y los Estados Miembros tendrían que colaborar para asegurar que se estaban recopilando los datos necesarios.

229. El Comité tomó nota del informe.

H. Implementación del Reglamento Sanitario Internacional

230. La Directora, al subrayar la importancia de asegurar que las capacidades básicas exigidas de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005) estuvieran funcionando. Observó que algunos Estados pequeños, especialmente en el Caribe, no podrían cumplir todos los requisitos de capacidad básica individualmente y, por consiguiente, sería necesario encontrar maneras de establecer capacidades compartidas entre los países o a nivel subregional.

231. El Comité tomó nota del informe.

I. Situación de los Centros Panamericanos

232. La Directora señaló que recientemente se habían eliminado el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), y algunas de sus funciones se habían transferido al nuevo Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA). Señaló que quizá iba a ser necesario analizar nuevamente el trabajo que realizan otros centros, a la luz de las limitaciones presupuestarias actuales.

233. El Comité tomó nota del informe.

Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS: A) 66.^a Asamblea Mundial de la Salud; y B) Organizaciones subregionales (documentos CE152/INF/8-A y B)

234. La señora Piedad Huerta (Asesora Principal, Oficina de Cuerpos Directivos, OSP) informó sobre las resoluciones y otras acciones de la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud y de diversos cuerpos subregionales consideradas de interés particular para los Cuerpos Directivos de la OPS. Señaló que las resoluciones de la Asamblea de la Salud solo se habían publicado una semana antes de la apertura de la 152.^a sesión del Comité; por lo tanto, la Oficina presentaría un análisis detallado de las repercusiones para la Región en el próximo Consejo Directivo. Dirigió especial atención a las resoluciones sobre el Duodécimo Programa General de Trabajo 2014-2019 y el presupuesto por programas de

la OMS para 2014-2015 (WHA66.1 y WHA66.2), salud ocular universal (WHA66.4), salud mental (WHA66.8), discapacidad (WHA66.9), enfermedades no transmisibles (WHA66.10), la salud en la agenda para el desarrollo después de 2015 (WHA66.11), enfermedades tropicales desatendidas (WHA66.12), el acuerdo entre la OMS y el Centro del Sur (WHA66.20), y formación de la fuerza laboral de salud para apoyar la cobertura sanitaria universal (WHA66.23), todas las cuales repercutirían directamente en las actividades de la OPS.

235. Con respecto a las decisiones adoptadas por otros organismos de interés para la OPS, el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) había adoptado una estrategia para mantener una respuesta integral al VIH, un convenio para la negociaciones conjuntas sobre medicamentos y una declaración sobre la enfermedad renal crónica. El Consejo para el Desarrollo Humano y Social (COHSOD) de la Comunidad del Caribe (CARICOM) había examinado varios puntos en relación con la salud de los niños y los jóvenes, mientras que el Caucus de Ministros de Salud del Caribe había considerado los temas de las enfermedades no transmisibles y los recursos humanos para la salud, entre otros. La Reunión de Ministros de Salud del Mercado Común del Sur (MERCOSUR) había aprobado varios acuerdos en relación con la salud pública, uno de ellos sobre el control de la tuberculosis y otro sobre el diseño de un instrumento de evaluación nutricional para adolescentes embarazadas. El Consejo Suramericano de Salud de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) había abordado el precio de los medicamentos y la capacidad de producción en América del Sur, la atención a personas discapacitadas y otros temas. La Comunidad Andina de Naciones había aprobado diversas resoluciones vinculadas a los programas y las iniciativas de la OPS, según se describían en el documento CE152/INF/8-B.

236. En el debate que siguió, se señaló que en este informe no hacía ninguna mención a la resolución WHA66.22 ni a la decisión WHA66(12), relativas al seguimiento del informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación. En ambos documentos se establecía que debían llevarse a cabo consultas regionales en preparación para una reunión consultiva técnica que sería convocada por la Directora General de la OMS antes del final del 2013. Se destacó la función de la Oficina en la coordinación del proceso de consulta y se subrayó que las consultas debían empezar cuanto antes.

237. La señora Huerta explicó que algunas resoluciones de la Asamblea de la Salud no se habían publicado hasta el momento en que se estaba preparando el informe de la Oficina y le aseguró al Comité que en el informe que se presentaría al Consejo Directivo se incluirían todas las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud.

238. La Directora afirmó que el área técnica pertinente dentro de la Oficina coordinaría el proceso de consulta del Grupo consultivo de expertos.

239. El Comité tomó nota del informe.

Otros asuntos

240. Durante la semana de la 152.^a sesión, los miembros del Comité asistieron a la presentación de las ponencias sobre el síndrome respiratorio del Oriente Medio causado por coronavirus, la Semana de Vacunación en las Américas 2013 y el *Manual para desarrollar legislación para el control del tabaco en la Región de las Américas*.²⁰

Clausura de la sesión

241. Después del intercambio usual de las fórmulas de cortesía, el Presidente declaró clausurada la 152.^a sesión del Comité Ejecutivo.

Resoluciones y decisiones

242. Las siguientes resoluciones y decisiones fueron aprobadas por el Comité Ejecutivo en su 152.^a sesión:

Resoluciones

CE152.R1: Recaudación de las contribuciones señaladas

LA 152.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el *Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas* (documento CE152/16, Rev. 1 y Add. I);

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

En vista de que ha habido una reducción importante en los atrasos de las contribuciones señaladas;

Observando que 24 Estados Miembros no han efectuado pago alguno de las contribuciones señaladas correspondientes al 2013,

RESUELVE:

1. Tomar nota del *Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas* (documento CE152/16, Rev. 1 y Add. I).

²⁰ *Manual para desarrollar legislación para el control del tabaco en la Región de las Américas*. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2013. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22035&Itemid=

2. Felicitar 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 atrasadas.
3. Agradecer a los Estados Miembros que ya han efectuado pagos correspondientes al 2013 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 52.º Consejo Directivo sobre el estado de la recaudación de las contribuciones señaladas.

(Primera reunión, 17 de junio del 2013)

CE152.R2: Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la Organización Panamericana de la Salud

LA 152.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 la señora Amalia Lo Faso para integrar el Comité de Auditoría de la OPS durante un período de tres años, que comenzará en junio del 2013 y concluirá en junio del 2016.

(Tercera reunión, 18 de junio del 2013)

CE152.R3: Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros

LA 152.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el documento *Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros* (documento CE152/19),

RESUELVE:

Recomendar que el 52.^o Consejo Directivo apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

EXAMEN DEL CARGO APLICABLE PARA LA COMPRA DE INSUMOS DE SALUD PÚBLICA PARA LOS ESTADOS MIEMBROS

EL 52.^o CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el documento *Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros* (documento CD52/___);

Reconociendo la importante contribución de los mecanismos de compras de la OPS para promover el acceso y garantizar un suministro continuo de insumos esenciales de salud pública de alta calidad, seguros y eficaces a fin de abordar las prioridades regionales, y reducir la morbilidad y la mortalidad en la Región de las Américas;

Considerando que los mecanismos de compras de la OPS facilitan el desarrollo de capacidad en los países a fin de ampliar el acceso a insumos esenciales de salud pública para prevenir, controlar y tratar las enfermedades prioritarias en la Región;

Observando el aumento de las actividades de compras y la importante brecha en el presupuesto necesario para financiar los costos generales —administrativos, operativos y de personal—relativos a su gestión,

RESUELVE:

1. Aumentar el cargo actual de tres y medio por ciento (3,5%) que se aplica a las compras de todos los insumos de salud pública en nombre de los Estados Miembros de la OPS que hace la Oficina Sanitaria Panamericana en tres cuartos de uno por ciento (0,75%), a fin de llevar este cargo a un total de cuatro y un cuarto por ciento (4,25%), en vigor a partir del 1 de enero del 2014.
2. Acreditar este cargo adicional (0,75%) al Fondo Especial para Gastos de Apoyo a Programas a fin de solventar los costos de las actividades de compras en toda la Organización para los siguientes tres mecanismos de compras:
 - a) compras reembolsables en nombre de los Estados Miembros,
 - b) Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas,
 - c) Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública.
3. Examinar al final de cada bienio el cargo aplicado a la compra de todos los insumos de salud pública que lleva a cabo la Oficina Sanitaria Panamericana en nombre de los Estados Miembros.
4. Solicitar a la Directora que al final de cada bienio presente un informe sobre este tema ante los Cuerpos Directivos.

(Tercera reunión, 18 de junio del 2013)

CE152.R4: *Protección social en salud*

LA 152.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el documento conceptual *Protección social en salud* (documento CE152/12, Rev. 1),

RESUELVE:

Recomendar al 52.º Consejo Directivo que apruebe una resolución redactada conforme a los siguientes términos:

PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

EL 52.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el documento conceptual *Protección social en salud* (documento CD52/__);

Considerando la resolución CSP26.R19 (2002), que apoya la extensión de la protección social como una línea de trabajo en las actividades de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS);

Teniendo en cuenta que la Asamblea General de las Naciones Unidas en su sexagésimo séptimo período de sesiones reconoce que las mejoras en la protección social dirigidas a la cobertura universal constituyen una inversión en las personas que las empodera para ajustarse a los cambios en la economía y en el mercado de trabajo;

Consciente del marco de la Red Interamericana de Protección Social con el que se han comprometido los líderes y jefes de estado en la Quinta Cumbre de las Américas a fin de aliviar la pobreza y reducir las desigualdades al intercambiar las mejores prácticas en materia de protección social, y del Grupo de Trabajo Conjunto de Cumbres, del cual la OPS es miembro, y que apoya la ejecución de dicho marco;

Reconociendo que si bien los países de la Región han logrado importantes avances en los procesos de reforma de sus sistemas de salud (aunque aun persisten importantes desafíos como seguir fortaleciendo la calidad de los servicios de salud para todos) y en combatir la segmentación y la fragmentación de los mismos, lo cual genera inequidad;

Consciente de la necesidad de dar continuidad a la formulación de políticas y programas enfocados a la construcción de sistemas de salud más integrados, equitativos y solidarios que apoyen el derecho al goce del grado más alto posible de salud;

Considerando que, desde una perspectiva estratégica, la protección social en salud se pone en práctica mediante la atención primaria de salud, sobre la base de sus tres valores nucleares, es decir, la equidad, la solidaridad y el derecho al goce del grado más alto posible de salud, y de acuerdo a sus principios,

RESUELVE:

1. Tomar nota del documento conceptual *Protección social en salud*.
2. Instar a los Estados Miembros, según corresponda dentro de sus contextos particulares, a que:

- a) reconozcan la necesidad de fortalecer las iniciativas de salud y la protección social a fin de reducir la pobreza en la Región;
- b) incorporen el concepto de protección social en salud como fundamento en los procesos de gobernanza y transformación de los sistemas de salud;
- c) establezcan marcos jurídicos, según corresponda, que definan las medidas relacionadas con la protección social en salud;
- d) fortalezcan los componentes de salud de los programas de protección social (especialmente los enfoques de atención primaria de salud y determinantes sociales de la salud), incluidos los programas de transferencias condicionadas de dinero y otros programas sociales;
- e) promuevan la participación social y la conciencia de los derechos y obligaciones respecto de la salud de las personas, las familias y la comunidad, tanto en la sociedad misma como en el colectivo de trabajadores del sistema de salud;
- f) utilicen los mecanismos establecidos, como la Red Interamericana de Protección Social y otras iniciativas subregionales y regionales, a fin de intercambiar buenas prácticas en cuanto a los programas en contra de la pobreza relacionados con la salud por parte de los gobiernos y las instituciones de toda la Región.

3. Solicitar a la Directora que:

- a) fortalezca la cooperación técnica en materia de protección social en salud como eje prioritario de trabajo en el camino hacia la cobertura universal;
- b) promueva la generación de información sistemática y de evidencia sobre brechas y avances en la protección social en salud observados en los países de la Región, incluida la evidencia y las mejores prácticas en torno a las transferencias condicionadas de dinero;
- c) difunda y promueva las buenas prácticas en materia de protección social en salud, y promueva la comunicación y la articulación de los adelantos de la Región en protección social con los debates de la Organización Mundial de la Salud en torno a la cobertura universal de salud, aprovechando los mecanismos existentes;
- d) fortalezca el trabajo interinstitucional en materia de protección social;
- e) con base en este documento conceptual, formule una estrategia que defina el rumbo para el abordaje de la protección social en salud en la Región, en la que se reconozcan los contextos particulares de los Estados Miembros de la Región,

teniendo en cuenta que hay muchas maneras de lograr la protección social en salud.

(Cuarta reunión, 18 de junio del 2013)

CE152.R5: *Formulación de políticas basadas en la evidencia para los programas nacionales de inmunización*

LA 152.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el documento *Formulación de políticas basadas en la evidencia para los programas nacionales de inmunización* (documento CE152/14),

RESUELVE:

Recomendar al 52.^o Consejo Directivo que apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

**FORMULACIÓN DE POLÍTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA
PARA LOS PROGRAMAS NACIONALES DE INMUNIZACIÓN**

EL 52.^o CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el documento *Formulación de políticas basadas en la evidencia para programas nacionales de inmunización* (documento CD52/__);

Reconociendo la necesidad cada vez mayor de que los gobiernos cuenten con bases de evidencia fidedignas para sus decisiones de asignación de recursos a fin de lograr resultados positivos, equitativos y sostenibles en materia de salud;

Recordando el compromiso de todos los Estados Miembros y de los interesados directos de reforzar las capacidades nacionales para que las decisiones sobre inmunización se fundamenten en la evidencia, según se ha documentado en el *Plan de acción mundial sobre vacunas* respaldado por la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud;

Consciente de las iniciativas en curso para institucionalizar la toma de decisiones basada en la evidencia en el ámbito de la salud pública, según se establece en la resolución CSP28.R9, y reconociendo que varios países cuentan con la capacidad para promover la ampliación de estas iniciativas;

Observando la necesidad de los Estados Miembros de prepararse y hacer planes para evaluar la adopción de las vacunas que se encuentran en estudio, cuyo costo puede

ser sustancialmente mayor que el de las vacunas tradicionales, al tiempo que mantienen otros logros en materia de inmunización,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros, según corresponda dentro de sus contextos particulares, a que:
 - a) adopten los enfoques de política descritos en el documento *Formulación de políticas basadas en la evidencia para los programas nacionales de inmunización*, en colaboración con la Oficina Sanitaria Panamericana y otros interesados directos pertinentes, haciendo hincapié en:
 - i. establecer formalmente y consolidar los comités asesores nacionales sobre inmunización u otros organismos regionales de política que tengan la misma finalidad, como es el caso del Comité Asesor del Caribe que brinda recomendaciones para toda la subregión;
 - ii. fundamentar la formulación de políticas de inmunización en una base amplia de evidencia nacional que abarque los criterios técnicos, programáticos, financieros y sociales necesarios para tomar decisiones fundamentadas;
 - iii. crear grupos técnicos de trabajo, en los casos donde se haya detectado la necesidad, para resumir o generar evidencia localmente a fin de aportar información que fundamente las recomendaciones de los comités asesores nacionales sobre inmunización;
 - iv. institucionalizar actividades para armonizar los procesos de planificación y de determinación de costos de los programas nacionales de inmunización, a fin de forjar vínculos fuertes entre los usos de la información sobre costos en la presupuestación, planificación y toma de decisiones;
 - v. intercambiar estas experiencias para evaluar otras intervenciones de salud en el marco de la evaluación de tecnologías de la salud.
 - b) busquen medidas para formalizar estos enfoques de política al:
 - i. sancionar marcos jurídicos integrales para promover y proteger la toma de decisiones basada en la evidencia en relación con la inmunización;
 - ii. asegurar un presupuesto pequeño para brindar apoyo a la recopilación de datos, y a la síntesis y el uso de la evidencia en el proceso decisorio relacionado con la inmunización.

2. Instar a la Directora a que:
 - a) siga prestando apoyo institucional a los Estados Miembros para fortalecer las capacidades de generación y uso de la evidencia en sus procesos decisorios nacionales relacionados con la inmunización, por conducto de la Iniciativa ProVac del programa regional de inmunización;
 - b) fomente la participación de los Estados Miembros en la Red ProVac de Centros de Excelencia;
 - c) promueva la armonización entre los Estados Miembros de los procesos de planificación y de determinación de costos que llevan a cabo los programas nacionales, considerando los aspectos específicos de cada país;
 - d) apoye las iniciativas de movilización de recursos para permitir al programa regional de vacunación proseguir con las actividades de la Iniciativa ProVac;
 - e) proporcione orientación sobre políticas y facilite el diálogo a fin de fortalecer la gobernanza y la coherencia de las políticas, y de evitar la influencia indebida de conflictos de intereses reales o potenciales.

(Cuarta reunión, 18 de junio del 2013)

CE152.R6: Uso del saldo remanente al finalizar los proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial

LA 152.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el documento CE152/20 sobre la situación de los proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial al 30 de abril del 2013;

Considerando que el proyecto 3.A, “Modernización del Sistema de Información Gerencial de la OSP: fase 1”, se terminó y arrojó un saldo de US\$ 80.249¹ y que el proyecto 3.C, “Fortalecimiento de la capacidad de la Organización para cumplir con las IPSAS en el año 2010”, también se terminó y arrojó un saldo de \$13.088;

Observando que la Oficina Sanitaria Panamericana propone transferir los saldos de estos dos proyectos al proyecto 3.D, “Modernización del Sistema de Información

¹ A menos que se indique otra cosa, todas las cifras monetarias que figuran en este documento se encuentran en dólares de los Estados Unidos.

Gerencial de la OSP: fase 2”, lo que representaría un aumento de \$93.337 en los fondos asignados a este proyecto,

RESUELVE:

Reducir el financiamiento aprobado a partir de la Cuenta Especial para el proyecto 3.A, “Modernización del Sistema de Información Gerencial de la OSP: fase 1”, en \$80.249, lo que deja el financiamiento total de ese proyecto en \$919.751.

Reducir el financiamiento aprobado a partir de la Cuenta Especial para el proyecto 3.C, “Fortalecimiento de la capacidad de la Organización para cumplir con las IPSAS en el año 2010”, en \$13.088, lo que deja el financiamiento total de este proyecto en \$286.912.

Aumentar el financiamiento del proyecto 3.D, “Modernización del Sistema de Información Gerencial de la OSP: fase 2”, en \$93.337; el financiamiento total resultante de este proyecto a partir de la Cuenta Especial ascenderá a \$9.228.337.

(Cuarta reunión, 18 de junio del 2013)

CE152.R7: Proyecto de Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019

LA 152.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el *Proyecto de Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019* (documento, Rev. 1 CE152/10), presentado por la Directora en colaboración con el Grupo Consultivo de los Países para elaborar el Plan;

Reconociendo la información proporcionada por el Presidente del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración;

Reconociendo la información proporcionada por el Presidente del Grupo Consultivo de los Países;

Previendo que la Oficina Sanitaria Panamericana tendrá en cuenta las observaciones del Comité Ejecutivo y los resultados de las consultas nacionales en la finalización del Plan Estratégico,

RESUELVE:

Recomendar al 52.º Consejo Directivo que apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

**PROYECTO DE PLAN ESTRATÉGICO DE LA ORGANIZACIÓN
PANAMERICANA DE LA SALUD 2014-2019**

EL 52.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el *Proyecto de Plan Estratégico de la OPS 2014-2019* presentado por la Directora (*Documento Oficial* ___);

Observando que el Plan Estratégico constituye un marco pluribienal flexible que orientará la preparación de los programas y presupuestos y los planes operativos y asegurará su continuidad a lo largo de tres bienios, y que el Plan Estratégico responde a la Agenda de Salud para las Américas, los mandatos regionales y las prioridades colectivas de los Estados Miembros, así como al Duodécimo Programa General de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud;

Recibiendo con beneplácito la visión estratégica del Plan, con el tema “En pro de la salud: desarrollo sostenible y equidad”, se centra en la reducción de las inequidades en la salud en los países y territorios de la Región y entre ellos al abordar los determinantes sociales de la salud y la consecución progresiva de cobertura sanitaria universal;

Reconociendo el proceso participativo para la formulación del Plan Estratégico por medio del Grupo Consultivo de los Países (CCG) y las consultas nacionales más amplias llevadas a cabo por los Estados Miembros en colaboración con la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina);

Reconociendo asimismo que el Plan Estratégico representa un conjunto integral y colectivo de resultados que la Organización Panamericana de la Salud (los Estados Miembros y la Oficina) quiere lograr, y que los informes futuros sobre el desempeño en la ejecución del Plan Estratégico constituirán el medio principal de rendición programática de cuentas de la Oficina y los Estados Miembros;

Aplaudiendo los avances en la transparencia y la planificación basada en resultados que representa este Plan Estratégico;

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

RESUELVE:

1. Aprobar el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 (*Documento Oficial ____*).
2. Agradecer a los integrantes del CCG su compromiso y los aportes técnicos y estratégicos a la elaboración del Plan Estratégico 2014-2019 y agradecer a la Directora el apoyo eficaz brindado por todos los niveles de la Oficina al CCG y el enfoque participativo utilizado en este importante proceso.
3. Teniendo en cuenta las prioridades y el contexto de cada país, alentar a los Estados Miembros a que determinen las medidas a tomar y los recursos necesarios para alcanzar las metas del Plan Estratégico.
4. Invitar a las organizaciones pertinentes del sistema de las Naciones Unidas y el sistema interamericano, los asociados internacionales en el desarrollo, las instituciones financieras internacionales, las organizaciones no gubernamentales, el sector privado y otras entidades a que consideren la posibilidad de brindar apoyo para el logro de los resultados que figuran en el Plan Estratégico.
5. Examinar la evaluación de mitad de período del Plan Estratégico 2014-2019 con miras a revisar el Plan, sus indicadores y sus metas, según sea necesario.
6. Solicitar a la Directora que:
 - a) use el Plan Estratégico para proporcionar orientación estratégica a la Organización durante el período 2014-2019 para impulsar la Agenda de Salud para las Américas y el programa de acción sanitaria mundial contenido en el Duodécimo Programa General de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud;
 - b) use el Plan Estratégico y la estratificación de prioridades programáticas establecida en el Plan como marco principal para la coordinación y movilización de recursos;
 - c) establezca un sistema integral de seguimiento, rendición de cuentas y evaluación, con los aportes de los Estados Miembros, para informar sobre la ejecución del Plan Estratégico, utilizando y ampliando, cuando sea necesario, los sistemas de información actuales de la Organización;
 - d) informe sobre la ejecución del Plan Estratégico por medio de informes bienales de evaluación de la ejecución;
 - e) realice una evaluación de mitad de período y una evaluación al final del Plan Estratégico;

- f) recomiende al Consejo Directivo, por medio del Comité Ejecutivo, junto con los proyectos bienales de programa y presupuesto 2016-2017 y 2018-2019, las modificaciones del Plan Estratégico que sean necesarias.

(Sexta reunión, 19 de junio del 2013)

CE152.R8: Modificaciones del Reglamento Financiero

LA 152.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 CE152/18;

Considerando que estas modificaciones del Reglamento Financiero reflejan las mejores prácticas modernas de gestión que aumentan la eficiencia y la eficacia de la ejecución del Programa y Presupuesto, así como de las operaciones administrativas que apoyan a los programas técnicos de la OPS,

RESUELVE:

Recomendar al 52.º Consejo Directivo que apruebe las modificaciones a los artículos III y IV del Reglamento Financiero mediante la aprobación de una resolución conforme a los siguientes términos:

MODIFICACIONES DEL REGLAMENTO FINANCIERO

EL 52.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado las modificaciones propuestas del Reglamento Financiero de la Organización Panamericana de la Salud que figuran en el anexo A al documento CD52/___;

Considerando que las modificaciones al Reglamento Financiero reflejan las mejores prácticas modernas de gestión que aumentan la eficiencia y la eficacia de la ejecución del Programa y Presupuesto, así como de las operaciones administrativas que apoyan a los programas técnicos de la OPS,

RESUELVE:

Aprobar las modificaciones de los artículos III y IV del Reglamento Financiero de la Organización Panamericana de la Salud relativas al Programa y Presupuesto y a las asignaciones del presupuesto ordinario, según se estipulan en el anexo A del documento CD52/___ y aprobar como fecha de entrada en vigor de estas modificaciones el 1 de enero del 2014.

(Sexta reunión, 19 de junio del 2013)

CE152.R9: *Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la Organización Panamericana de la Salud*

LA 152.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración acerca de las *Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS* (documento CE152/6);

Consciente de las disposiciones de los *Principios que rigen las relaciones entre la Organización Panamericana de la Salud y las organizaciones no gubernamentales,*

RESUELVE:

1. Renovar las relaciones oficiales de trabajo entre la OPS y las siguientes organizaciones no gubernamentales por un período de cuatro años:
 - a) Sociedad Estadounidense de Microbiología (ASM),
 - b) Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS),
 - c) Federación Internacional de la Diabetes (FID),
 - d) Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica (FIFARMA),
 - e) March of Dimes,
 - f) Convención de la Farmacopea de Estados Unidos, y
 - g) Asociación Mundial de Salud Sexual (WAS, antes llamada “Asociación Mundial de Sexología”).
2. Aprobar la solicitud presentada por la Asociación Estadounidense de Salud Pública (APHA) de entablar relaciones oficiales de trabajo con la OPS por un período de cuatro años.

3. Tomar nota del informe de los progresos realizados en el estado de las relaciones entre la OPS y las organizaciones no gubernamentales.
4. Solicitar a la Directora que:
 - a) informe a las organizaciones no gubernamentales respectivas de las decisiones adoptadas por el Comité Ejecutivo;
 - b) siga fomentando relaciones de trabajo dinámicas con las organizaciones no gubernamentales interamericanas de interés para la Organización en las áreas que se clasifican dentro de las prioridades programáticas que los Cuerpos Directivos han aprobado para la OPS;
 - c) siga fomentando las relaciones entre los Estados Miembros y las organizaciones no gubernamentales que trabajan en el campo de la salud.

(Sexta reunión, 19 de junio del 2013)

CE152.R10: Premio OPS en Administración (2013)

LA 152.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el *Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración (2013)* (documento CE152/5, Add. I);

Teniendo presente las disposiciones de los procedimientos y criterios para conferir el Premio OPS en Administración, según fueron aprobadas por la 18.ª Conferencia Sanitaria Panamericana (1970) y modificadas por la 24.ª Conferencia Sanitaria Panamericana (1994), y el Comité Ejecutivo en sus 124.ª (1999), 135.ª (2004), 140.ª (2007) y 146.ª (2010) sesiones,

RESUELVE:

1. De acuerdo con la recomendación del Jurado, conferir el Premio OPS en Administración 2013 al doctor Brendan Courtney Bain, de Jamaica, por sus enormes contribuciones a la administración y su trabajo para fortalecer la fuerza laboral dedicada a la salud pública en el Caribe por medio de la educación, la capacitación y la investigación.
2. Felicitar al doctor Brendan Courtney Bain por el excelente nivel profesional y la destacada labor que realiza en beneficio de su país y de la Región.

3. Transmitir el *Informe del Jurado para la Adjudicación del Premio OPS en Administración (2013)* (documento CE152/5, Add. I) al 52.º Consejo Directivo.

(Séptima reunión, 20 de junio del 2013)

CE152.R11: Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

LA 152.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 CE152/22;

Consciente de las disposiciones del Artículo 020 del Reglamento 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 el de la Organización Mundial de la Salud,

RESUELVE:

Confirmar, de acuerdo con el Artículo 020 del Reglamento del Personal, las modificaciones del Reglamento del Personal que fueron introducidas por la Directora, con efecto a partir del 1 de julio del 2013 en cuanto a las normas para el nombramiento, el horario de trabajo y la asistencia, la edad obligatoria de jubilación, el vencimiento de los nombramientos y el subsidio de educación, como se muestra a continuación.

420. NORMAS PARA EL NOMBRAMIENTO

...

420.3 Un nombramiento de plazo fijo es un nombramiento por un tiempo limitado de un año o más. Toda prórroga estará sujeta a las condiciones establecidas por la Oficina.

420.4 Los nombramientos temporales son nombramientos por un tiempo limitado de menos de un año. Un nombramiento temporal podrá prorrogarse a condición de que la duración total del servicio ininterrumpido bajo nombramientos temporales consecutivos no exceda los dos años. Un funcionario que ha cumplido el período máximo de servicio ininterrumpido al amparo de uno o varios nombramientos temporales no podrá ser empleado por la Organización a menos que hayan transcurrido 30 días civiles desde su

separación del servicio. Todo empleo futuro estará sujeto a las condiciones establecidas por la Oficina.

610. HORARIO DE TRABAJO Y ASISTENCIA

...

610.5 No se abonará sueldo a los funcionarios por los períodos de ausencia del trabajo no autorizada, salvo en el caso de que dicha ausencia se deba a fuerza mayor. El pago podrá ser suspendido mientras se determinan las razones de la ausencia no autorizada. Si se determina que la ausencia se debió a fuerza mayor, se abonará el sueldo que se había retenido.

1020. JUBILACIÓN

1020.1 Los miembros del personal se jubilan al terminar el mes en que llegan a la edad de la jubilación, específicamente cuando cumplen:

- 1) los 60 años de edad si ingresaron en la Caja Común de Pensiones de las Naciones Unidas antes del 1 de enero de 1990;
- 2) los 62 años de edad, si ingresaron en la Caja Común de Pensiones de las Naciones Unidas a partir del 1 de enero de 1990;
- 3) los 65 años de edad, si ingresaron en la Caja Común de Pensiones de las Naciones Unidas, a partir del 1 de enero del 2014.

1020.2 En casos excepcionales, se podrá conceder una prórroga más allá de la edad de jubilación obligatoria a condición de que ello redunde en el interés de la Oficina y de que no sea por más de un año cada vez. En ningún caso se concederá una prórroga cuando el funcionario haya cumplido los 65 años.

1020.3 Los miembros del personal cuyos años de servicio y edad les den derecho a percibir, a la separación del servicio, una prestación de jubilación anticipada en virtud de los Estatutos de la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas, podrán jubilarse antes de la edad normal de jubilación, en las condiciones enunciadas en el artículo 1010.

1040. VENCIMIENTO DE LOS NOMBRAMIENTOS

1040.1 Los nombramientos de plazo fijo y los nombramientos temporales no conllevan un derecho a la prórroga ni a la conversión del nombramiento. De no existir una oferta y aceptación de prórroga, esos contratos terminarán a la fecha de vencimiento del período de servicio convenido.

1040.1.1 Se notificará a un funcionario con nombramiento de plazo fijo acerca del vencimiento de su nombramiento, como mínimo, tres meses antes de la fecha de expiración del nombramiento.

1040.1.2 Se notificará a un funcionario con nombramiento temporal acerca del vencimiento de su nombramiento, como mínimo, un mes antes del vencimiento. Este preaviso no será necesario en el caso de un funcionario con nombramiento temporal que ha alcanzado la duración máxima del servicio ininterrumpido mediante nombramientos temporales consecutivos, según la definición del artículo 420.4.

1040.2 A discreción de la Oficina, en vez del preaviso que prescribe el artículo 1040.1 se le puede hacer un pago al funcionario. Los miembros del personal que cumplen los requisitos y no deseen la renovación de su contrato lo comunicarán asimismo con tres meses de antelación, por lo menos.

1040.3 Cuando un nombramiento de plazo fijo o temporal vaya a expirar durante un período de licencia de maternidad, de paternidad o de adopción, el nombramiento podrá prorrogarse por un plazo fijo y con arreglo a las condiciones que establezca la Oficina.

**[MODIFICACIÓN RELATIVA AL SUBSIDIO DE EDUCACIÓN
 (APÉNDICE 2 DEL REGLAMENTO DEL PERSONAL DE LA OSP)]
 DERECHOS DEL SUBSIDIO DE EDUCACIÓN APLICABLES EN LOS CASOS EN QUE LOS GASTOS
 EDUCATIVOS SE EFECTÚAN EN LAS MONEDAS Y LOS PAÍSES ESPECIFICADOS
 (en vigor el año escolar que esté en curso 1 de enero del 2013)**

<i>País/ zona monetaria</i>	<i>(1) Gastos educativos máximos admisibles y subvención máxima para los hijos discapacitado s</i>	<i>(2) Cuantía máxima del subsidio de educación</i>	<i>(3) Pago fijo cuando no se proporciona pensionado</i>	<i>(4) Pago fijo adicional para el pensionado (para el personal en lugares de destino designados)</i>	<i>(5) Subvención máxima para los funcionarios en lugares de destino designados</i>	<i>(6) Gastos educativos máximos admisibles para la asistencia a la escuela (solo cuando se paga una cantidad fija por pensionado)</i>
Parte A						
Austria (euro)	18 240	13 680	3 882	5 824	19 504	13 064
Bélgica (euro)	16 014	12 011	3 647	5 470	17 481	11 152
Dinamarca (corona)	122 525	91 894	28 089	42 134	134 028	85 073
Francia ¹ (euro)	11 497	8 623	3 127	4 691	13 314	7 328

¹ A excepción de las siguientes escuelas en las que se utilizará el dólar de los Estados Unidos en los Estados Unidos de América: a) American School of Paris; b) American University of Paris; c) British School of Paris; d) École Active Bilingue Victor Hugo; e) European Management School of Lyon; f) International School of Paris; g) Marymount School of Paris; h) École Active Bilingue Jeanine Manuel.

País/ zona monetaria	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	Gastos educativos máximos admisibles y subvención máxima para los hijos discapacitados	Cuantía máxima del subsidio de educación	Pago fijo cuando no se proporciona pensionado	Pago fijo adicional para el pensionado (para el personal en lugares de destino designados)	Subvención máxima para los funcionarios en lugares de destino designados	Gastos educativos máximos admisibles para la asistencia a la escuela (solo cuando se paga una cantidad fija por pensionado)
Alemania (euro)	20 130	15 098	4 322	6 484	21 582	14 368
Irlanda (euro)	17 045	12 784	3 147	4 721	17 505	12 849
Italia (euro)	21 601	16 201	3 223	4 836	21 037	17 304
Países Bajos (euro)	18 037	13 528	3 993	5 990	19 518	12 713
España (euro)	17 153	12 864	3 198	4 797	17 661	12 888
Japón (yen)	2 324 131	1 743 098	609 526	914 290	2 657 388	1 511 429
Suecia (corona)	157 950	118 462	26 219	39 328	157 790	175 641
Suiza (franco suizo)	32 932	24 699	5 540	8 310	33 009	25 545
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte (libra esterlina)	25 864	19 398	3 821	5 731	25 129	20 769
Parte B						
Dólar de los Estados Unidos (fuera de los Estados Unidos de América)	21 428	16 071	3 823	5 735	21 806	16 331
Parte C						
Dólar de los Estados Unidos (en los Estados Unidos de América) ²	45 586	34 190	6 265	9 399	43 589	37 233

(Séptima reunión, 20 de junio del 2013)

CE152.R12: Orden del día provisional del 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

LA 152.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el orden del día provisional preparado por la Directora para el 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, que se presenta como anexo A del documento CE152/3;

² El dólar de los Estados Unidos en los Estados Unidos también rige como una medida especial para China, Indonesia, Hungría, Rumania y la Federación de Rusia. A partir del año escolar en curso el 1 de enero del 2013 se ha suspendido la medida especial para Rumania. Se introducen las medidas especiales para Tailandia y para la American Cooperative School en Túnez (Túnez) y la American International School of Johannesburg (Sudáfrica).

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 preparado por la Directora para el 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

(Séptima reunión, 20 de junio del 2013)

CE152.R13: *La cooperación entre países para el desarrollo sanitario en las Américas*

LA 152.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el documento *Cooperación entre países para el desarrollo sanitario en las Américas* (documento CE152/15),

RESUELVE:

Recomendar al 52.º Consejo Directivo que apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

**LA COOPERACIÓN PARA EL DESARROLLO SANITARIO
EN LAS AMÉRICAS**

EL 52.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el documento *La cooperación para el desarrollo sanitario en las Américas* (documento CD52/___);

Teniendo en cuenta la resolución 33/134 de las Naciones Unidas en la que se respalda el Plan de Acción de Buenos Aires sobre la cooperación técnica entre países en desarrollo (1978); la resolución A/RES/64/222 de las Naciones Unidas, en la que se respalda el documento final de la Conferencia de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre la Cooperación Sur-Sur celebrada en Nairobi (2009); y la declaración de la Alianza de Busan para la Cooperación Eficaz al Desarrollo (2011);

Recordando la resolución EB60.R4 del Consejo Ejecutivo de la OMS, en la que se recomienda que los programas y las actividades promuevan y estimulen la cooperación entre países, y la resolución CD25.R28 del Consejo Directivo de la OPS, en la que se

recomienda que los programas de cooperación técnica sean conducidos de manera conjunta por los países tanto dentro de los grupos subregionales como fuera de ellos;

Teniendo en cuenta los informes proporcionados por la Oficina Sanitaria Panamericana en 1980 (27.º Consejo Directivo), 1984 (30.º Consejo Directivo), 1985 (31.º Consejo Directivo), 1986 (22.ª Conferencia Sanitaria Panamericana), 1998 (25.ª Conferencia Sanitaria Panamericana) y el 2005 (46.º Consejo Directivo) sobre los adelantos con respecto a la ejecución de iniciativas de cooperación técnica entre países en el ámbito de la OPS;

Consciente de que tanto la cooperación internacional en materia de salud como el concepto de la cooperación técnica entre los países en desarrollo han evolucionado con el transcurso del tiempo hacia un concepto más amplio de cooperación entre países y alianzas horizontales que puede incluir a una amplia gama de actores en el ámbito del desarrollo sanitario, incluidas las entidades gubernamentales, las organizaciones multilaterales, el sector privado, la sociedad civil y las instituciones académicas, entre otros;

Observando que la asistencia tradicional para el desarrollo en el ámbito de la salud está disminuyendo en los países de ingresos medianos, incluida la mayor parte de los países de la Región de las Américas, y que se deben fomentar y fortalecer los mecanismos complementarios de desarrollo y cooperación en torno a la salud a fin de que se siga avanzando en la agenda de salud regional y mundial;

Reconociendo que muchos países y asociados en la Región han logrado importantes adelantos en cuanto al desarrollo sanitario y han adquirido conocimientos especializados sobre cuestiones de desarrollo que podrían resultar beneficiosos para otros en esta Región y en otras regiones; y apreciando que muchos países de la Región participan activamente en la cooperación Sur-Sur, la cooperación triangular y otras formas de cooperación entre países, en particular en temas de desarrollo sanitario,

RESUELVE:

1. Aprobar la política renovada para la cooperación para el desarrollo sanitario en las Américas que figura en el documento CD52/____.
2. Instar a los Estados Miembros a:
 - a) continuar promoviendo esta causa en los foros y el diálogo internacionales a fin de movilizar la voluntad política y los recursos necesarios para apoyar y fortalecer aún más la cooperación entre países y otros donantes y solidificar su función como un enfoque complementario de la cooperación internacional;

- b) iniciar, conducir y administrar iniciativas de cooperación para el desarrollo sanitario y seguir adelante con los esfuerzos en marcha para fortalecer la capacidad nacional de participar en la cooperación internacional en materia de salud tanto dentro de las regiones como entre ellas, en coordinación con la OPS, según lo consideren adecuado los Estados Miembros;
 - c) promover e intensificar las iniciativas en curso para intercambiar las experiencias y las prácticas más adecuadas que luego sienten las bases para el intercambio y el aprendizaje colectivo entre los países, incluido el intercambio de métodos para evaluar las actividades de cooperación entre países;
 - d) apoyar la movilización de recursos a fin de fortalecer la cooperación para el desarrollo sanitario dentro de la Región y en todas las regiones;
 - e) identificar a instituciones nacionales asociadas con la OPS/OMS para la cooperación técnica que potencialmente puedan formar parte de iniciativas de cooperación técnica con países de la Región en materias específicas;
 - f) promover la armonización y la alineación de las agendas en materia de salud de los organismos subregionales con la de la OPS con el fin de fortalecer la cooperación entre los países, organismos y otros actores de cambio para abordar de manera eficaz los problemas comunes en materia de salud.
3. Solicitar a la Directora que:
- a) promueva y colabore con los Estados Miembros y otros donantes en la cooperación Sur-Sur y la cooperación triangular y los esfuerzos de movilización de recursos para fortalecer la cooperación entre países como una modalidad viable y sostenible de cooperación para el desarrollo sanitario;
 - b) incorpore la política sobre la cooperación para el desarrollo sanitario en los programas de cooperación técnica de la Organización y en el nuevo plan estratégico, evitando la duplicación de esfuerzos en la Región;
 - c) promueva la función de intermediación de la Organización y facilite la vinculación de la oferta y la demanda de conocimientos especializados, experiencias y tecnologías relativos a la salud, a nivel nacional, regional y mundial, en coordinación con otras oficinas de la OMS, otros organismos del sistema de las Naciones Unidas y del sistema interamericano, y otros asociados, en especial aquellas entidades que apoyan el desarrollo sanitario y la asistencia humanitaria en el ámbito de la salud, incluida la creación de mecanismos apropiados para el intercambio interregional;
 - d) fortalezca las relaciones con las organizaciones subregionales incluso, según corresponda, mediante la suscripción de acuerdos que designen a la Organización como su órgano especializado en salud, a fin de facilitar el cumplimiento del rol

- estratégico de la OPS en la coordinación y optimización de las oportunidades de cooperación entre países;
- e) facilite la elaboración de métodos y guías para examinar y evaluar las modalidades de cooperación y su repercusión sobre el desarrollo sanitario a fin de fortalecer los enfoques basados en pruebas científicas y determinar la mejor manera de usar estas modalidades para fortalecer y acelerar el progreso en materia de salud en la Región;
 - f) siga desarrollando y perfeccionando la plataforma regional de intercambio de conocimientos para facilitar el intercambio de las prácticas y los métodos más adecuados sobre la base de la experiencia de los países;
 - g) promueva la creación de redes y alianzas estratégicas sostenibles y flexibles entre las instituciones nacionales y subregionales, los centros regionales de excelencia y los actores no gubernamentales que puedan servir para abordar asuntos de salud comunes tanto dentro de cada región como entre las distintas regiones;
 - h) fortalezca los mecanismos de cooperación técnica entre países, promoviendo su uso estratégico para abordar las prioridades y los problemas específicos de salud que puedan encararse con mayor eficacia mediante la acción colectiva dentro de cada región y entre ellas;
 - i) presente al Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana evaluaciones periódicas de la ejecución de la política sobre la cooperación para el desarrollo sanitario en las Américas con el propósito de poner de relieve los posibles retos y factores de éxito que puedan contribuir a mejorar aun más la política, comenzando en la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana.

(Octava reunión, 20 de junio del 2013)

CE152.R14: La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas en Centroamérica

LA 152.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el documento conceptual *La enfermedad renal crónica de las comunidades agrícolas de Centroamérica* (documento CE152/25),

RESUELVE:

Recomendar al 52.^o Consejo Directivo que apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN COMUNIDADES AGRÍCOLAS DE CENTROAMÉRICA

EL 52.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el documento conceptual *La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica* (documento CD52/____);

Recordando la importancia que los Estados Miembros otorgan al objetivo de alcanzar la cobertura universal en salud y el acceso equitativo a los servicios de salud;

Consciente de la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (A/66/L.1);

Reconociendo la existencia de la enfermedad renal crónica de las comunidades agrícolas de Centroamérica y que se necesita urgentemente mayor investigación para sustentar una respuesta basada en la evidencia;

Teniendo en cuenta la Declaración de San Salvador que reconoce a esta enfermedad renal crónica como un grave problema de salud pública que requiere de una acción urgente;

Consciente de la obligación de los Estados Miembros de dar respuesta integral, integrada y solidaria a los problemas de salud de sus poblaciones,

RESUELVE:

1. Tomar nota del documento conceptual *La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica* (documento CD52/___).
2. Instar a los Estados Miembros a que, según corresponda:
 - a) respalden la Declaración de San Salvador que reconoce la enfermedad renal crónica de causas no tradicionales en Centroamérica como un grave problema de salud pública;
 - b) promuevan la elaboración e implementación de agendas de investigación nacionales y regionales para la enfermedad renal crónica que permitan cerrar las brechas en el conocimiento;

- c) desarrollen un enfoque interministerial y establezcan alianzas con otros sectores del gobierno, agencias de desarrollo, la sociedad civil, las comunidades afectadas, la academia, la empresa privada y otros interesados para coordinar los esfuerzos, movilizar recursos, establecer planes a nivel regional, nacional y subnacional, y priorizar la sostenibilidad de las acciones que permitan promover políticas públicas basadas en la evidencia y mitigar con urgencia las consecuencias sanitarias, sociales y económicas derivadas de esta enfermedad;
 - d) fortalezcan la vigilancia de la enfermedad renal crónica, con énfasis en las poblaciones y comunidades en riesgo;
 - e) fortalezcan sus capacidades en relación con la salud ambiental y ocupacional teniendo en cuenta los marcos regulatorios y los compromisos y normas internacionales;
 - f) fortalezcan la red de servicios de salud para mejorar la calidad y seguridad de la atención de los pacientes, la disponibilidad de recursos humanos, medicamentos y tecnologías sanitarias, y el financiamiento del conjunto de prestaciones basadas en evidencia.
3. Solicitar a la Directora que:
- a) siga abogando por una movilización efectiva de los recursos y fomente un rol activo de los Estados Miembros en la aplicación de esta resolución;
 - b) brinde apoyo técnico al fortalecimiento de los sistemas de vigilancia y facilite el avance de las prioridades de investigación de la enfermedad renal crónica;
 - c) promueva el fortalecimiento de la capacidad de los países en relación con la salud ambiental y ocupacional teniendo en cuenta los marcos regulatorios y compromisos y normas internacionales;
 - d) brinde apoyo a los esfuerzos de los países para el abordaje integral de la enfermedad renal crónica basados en la evidencia, incluida la gestión de recursos humanos y los mecanismos de adquisición de medicamentos y otros insumos críticos de salud pública como el Fondo Estratégico de la OPS, a fin de incrementar la cobertura, acceso y calidad de la atención;
 - e) continúe alertando a países que puedan tener una situación equivalente y presente anualmente ante los Cuerpos Directivos el estado de avance de la ejecución de esta resolución.

(Octava reunión, 20 de junio del 2013)

CE152.R15: Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles

LA 152.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el documento *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles* (documento CE152/13, Rev. 1),

RESUELVE:

Recomendar que el 52.º Consejo Directivo apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

**PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL
DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES**

EL 52.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el documento *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles* (documento CD52/__);

Considerando la *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles* (documento CSP28/9, Rev. 1), que proporciona un marco general de acción contra las enfermedades no transmisibles (ENT) en la Región para el período 2012-2025; el consenso en torno al marco mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la vigilancia de las ENT, que comprende nueve metas mundiales voluntarias y 25 indicadores, incluida una meta mundial de una reducción del 25% de las muertes prematuras por ENT para el 2025; así como el plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020, en el cual se proponen acciones para la Secretaría, los Estados Miembros y los asociados;

Reconociendo que la morbilidad y la mortalidad por ENT imponen grandes cargas sociales y económicas, especialmente porque más de un tercio de las muertes debidas a ENT son prematuras, y que estas cargas plantean una amenaza para el desarrollo regional y nacional;

Reconociendo que los determinantes sociales de la salud son los principales motores de la epidemia de las ENT y conducen a una carga desproporcionada de ENT

para las poblaciones socialmente y económicamente vulnerables, lo cual requiere medidas multisectoriales¹ urgentes para la prevención y el control de las ENT;

Reconociendo que hay intervenciones eficaces en función de los costos y basadas en datos probatorios para la prevención y el control de las ENT, entre ellas intervenciones de políticas públicas y de fortalecimiento de servicios de salud basados en la atención primaria, y para el suministro de medicamentos esenciales y tecnologías;

Reconociendo que hay grandes inequidades en el acceso a los servicios de prevención y tratamiento de las ENT dentro de los países de la Región y entre ellos, y que estas inequidades tienen implicaciones para el desarrollo;

Reconociendo la necesidad de coordinación y liderazgo regional a fin de promover y hacer el seguimiento de la acción regional contra las ENT y de involucrar a todos los sectores, según corresponda, tanto a nivel gubernamental como a nivel de un amplio abanico de actores no estatales, para apoyar la acción nacional con el fin de reducir la carga de ENT y la exposición a factores de riesgo,

RESUELVE:

1. Aprobar el *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles* para el 2013-2019.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) asignen prioridad a las ENT en las agendas nacionales de salud y las agendas de desarrollo subregionales, y promuevan en los niveles más altos la ejecución sostenible de intervenciones eficaces en función de los costos y basadas en datos probatorios para prevenir y controlar las ENT;
 - b) pongan en práctica políticas, programas y servicios nacionales y subregionales para las ENT que estén alineados con el plan regional de acción y que sean apropiados para el contexto y las circunstancias de cada Estado Miembro y subregión;

¹ Los enfoques multisectoriales en el ámbito de la salud incluyen aquellos dirigidos a la totalidad del gobierno y a la totalidad de la sociedad. A nivel gubernamental incluyen, según corresponda, el enfoque de la salud en todas las políticas y el enfoque de la totalidad del gobierno para abarcar sectores como la salud, educación, energía, agricultura y ganadería, deportes, transporte, comunicación, planificación urbana, medio ambiente, empleo, industria y comercio, finanzas, y desarrollo social y económico. Los enfoques dirigidos a la sociedad en su totalidad incluyen a todos los interesados directos pertinentes como las personas, las familias y las comunidades, las organizaciones intergubernamentales y las instituciones religiosas, la sociedad civil, el sector académico, los medios de comunicación, las asociaciones de voluntarios y, donde y según corresponda, el sector privado y la industria.

- c) promuevan el diálogo y la coordinación entre los ministerios, otras instituciones públicas y académicas, y las oficinas de las Naciones Unidas en los países, así como los sectores público y privado y la sociedad civil, con miras a ejecutar de manera integrada intervenciones eficaces de prevención de las ENT que tengan en cuenta los determinantes sociales de la salud;
- d) elaboren y promuevan políticas multisectoriales y planes nacionales de salud que protejan y promuevan la salud de toda la población al reducir la exposición a los factores de riesgo de las ENT y aumentar la exposición a los factores protectores, en particular en lo que se refiere a las personas que viven en situaciones de vulnerabilidad;
- e) establezcan y mantengan la capacidad necesaria en el ámbito de la salud pública para planificar, ejecutar y administrar programas eficazmente, reconociendo que para la prevención y el control eficaces de las ENT se requiere una combinación de políticas para toda la población e intervenciones individuales, con acceso equitativo a la prevención, el tratamiento y la atención de buena calidad al final de la vida, haciendo hincapié en el enfoque de la atención primaria de salud;
- f) apoyen la investigación y el establecimiento sostenible de sistemas de vigilancia para recopilar datos sobre las ENT y sus factores de riesgo, así como información sobre los determinantes socioeconómicos de la salud, a fin de construir una base de conocimientos sobre políticas e intervenciones equitativas y eficaces en función de los costos para prevenir y controlar las ENT.

3. Solicitar a la Directora que:

- a) encabece una respuesta regional a las ENT, convocando a los Estados Miembros, otros organismos de las Naciones Unidas, instituciones científicas y técnicas, organizaciones no gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil, el sector privado y otros con el objeto de promover la acción multisectorial y las alianzas de colaboración a fin de ejecutar el *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*, al mismo tiempo que se protegen las políticas de la OPS y del ámbito de la salud pública de la influencia indebida a causa de cualquier tipo de conflicto de intereses ya sea real, percibido o potencial, de una manera que complemente el mecanismo de coordinación mundial de la OMS;
- b) apoye a las redes regionales existentes como CARMEN, a alianzas estratégicas como el Foro Panamericano de Acción sobre las Enfermedades No Transmisibles, a órganos subregionales que aborden las ENT y a los Estados Miembros para promover y fortalecer una respuesta de toda la sociedad y de todo el gobierno; y facilite el diálogo entre países y el intercambio de experiencias y enseñanzas

- sobre experiencias innovadoras y fructíferas con políticas, programas y servicios en materia de ENT;
- c) apoye a los Estados Miembros en la acción para fortalecer sus sistemas de información sanitaria a fin de vigilar las ENT, sus factores de riesgo, los indicadores socioeconómicos pertinentes y los efectos de las intervenciones de salud pública;
 - d) apoye la continuación de las estrategias regionales para el control de determinadas ENT y sus factores de riesgo que sirven de base para la estrategia regional y el plan de acción para las ENT, incluida la formulación o adaptación de directrices técnicas y herramientas para abordar determinadas ENT y sus factores de riesgo con objeto de facilitar la ejecución del plan de acción;
 - e) dé seguimiento a la ejecución del *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles* para el 2013-2019, y presente un informe de progreso al Consejo Directivo de la OPS a la mitad y al final del período de ejecución.

(Octava reunión, 20 de junio del 2013)

CE152.R16: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2015

LA 152.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el *Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud OPS 2014-2015* (documento CE152/11, Rev.1), que es el primer programa y presupuesto del Plan Estratégico 2014-2019, y el primero en ejecutarse en el marco de la nueva Política del Presupuesto de la OPS;

Habiendo examinado el *Informe de la séptima sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración* (documento CE152/4);

Reconociendo el proceso participativo seguido en la preparación del presente proyecto mediante el trabajo del Grupo Consultivo de los Países (CCG) y las consultas nacionales;

Observando los esfuerzos de la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) para proponer un programa y presupuesto que tenga en cuenta tanto la situación financiera mundial como la regional y sus consecuencias para los Estados Miembros, y la postura de los Estados Miembros sobre el crecimiento nominal cero de las contribuciones señaladas;

Observando que el crecimiento nominal cero de las contribuciones señaladas representa una absorción de US\$21,4 millones en costos con las correspondientes implicaciones programáticas, lo que requiere un énfasis mayor en las prioridades y mejorar la eficiencia a fin de compensar la reducción de los recursos;

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

Consciente del impacto que el pago oportuno de las contribuciones tiene con respecto a la capacidad de la Organización de planificar y proporcionar programas financiados adecuadamente;

Reconociendo las implicaciones potenciales del presupuesto por programas 2014-2015 de la Organización Mundial de la Salud con respecto a la incertidumbre de la asignación de contribuciones señaladas a las regiones de la OMS, junto con la tendencia descendente de las contribuciones voluntarias para la Oficina Regional para las Américas (AMRO);

Reconociendo que AMRO sigue recibiendo el porcentaje más bajo del presupuesto aprobado de la OMS y de las asignaciones con respecto a ese presupuesto;

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

RESUELVE:

1. Agradecer al Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración su examen preliminar e informe del Proyecto de Programa y Presupuesto.
2. Expresar su agradecimiento al Grupo Consultivo de los Países por su contribución y orientación estratégica en la elaboración del Proyecto de Programa y Presupuesto.
3. Agradecer a la Directora su liderazgo y atención prestada en la elaboración del programa y presupuesto, la puesta en práctica del marco de establecimiento de las prioridades programáticas como un aporte fundamental para el proyecto de distribución del presupuesto por áreas programáticas e iniciativas, y la consolidación del marco de gestión basada en resultados en la OPS, con énfasis en la simplificación y la mayor transparencia y rendición de cuentas.
4. Solicitar a la Directora que incorpore las observaciones formuladas por los Miembros del Comité Ejecutivo en el documento revisado que será considerado por el

52.º Consejo Directivo y que haga los ajustes necesarios para que este refleje los resultados de las consultas nacionales (líneas de base, metas y ajustes presupuestarios basados en los estratos de las prioridades programáticas regionales).

5. Recomendar al 52.º Consejo Directivo que apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

**PROYECTO DE PROGRAMA Y PRESUPUESTO
DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD 2014-2015**

EL 52.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el *Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2015 (Documento Oficial___)*;

Habiendo examinado el informe del Comité Ejecutivo (documento CD52/___);

Observando los esfuerzos de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) para proponer un programa y presupuesto que tengan en cuenta tanto la situación financiera mundial como la regional y sus consecuencias para los Estados Miembros, así como el logro de los compromisos de salud pública de los Estados Miembros y de la Organización;

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

RESUELVE:

1. Aprobar el programa de trabajo para la Oficina con crecimiento cero de las contribuciones netas, descrito en el Programa y Presupuesto de la OPS 2014-2015.
2. Alentar a todos los Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados a hacer contribuciones voluntarias totalmente flexibles que se administren mediante un fondo especial, que compense la reducción del presupuesto ordinario (US\$ 6 millones)¹ resultante del crecimiento nominal cero, a fin de que sea utilizado para abordar las prioridades según se las ha indicado en el Programa y Presupuesto 2014-2015.

¹ A menos que se indique otra cosa, todas las cifras monetarias en el presente informe se expresan en dólares de los Estados Unidos.

3. Alentar a los Estados Miembros a que continúen abogando por una porción equitativa de los recursos de la OMS y, específicamente, por que la OMS mantenga una asignación de contribuciones señaladas que esté por lo menos al mismo nivel que en el bienio actual, \$80,7 millones.
4. Alentar a los Estados Miembros a que hagan los pagos de las contribuciones señaladas correspondientes al 2013 y los pagos atrasados correspondientes al 2011 y el 2012, y que se comprometan a realizar los pagos de manera oportuna en el 2014-2015.
5. Asignar la cantidad de \$297.340.000 para el ejercicio financiero 2014-2015 como sigue: *a*) \$279.100.000 para el presupuesto efectivo de trabajo (categorías 1 a 6) que representa un crecimiento nominal cero de las contribuciones de los Estados Miembros de la OPS, los Estados Participantes y los Miembros Asociados con respecto a las contribuciones señaladas para el ejercicio 2012-2013; y *b*) \$18.240.000 como transferencia al Fondo de Igualación de Impuestos (sección 17), según se indica en el cuadro siguiente:

Categoría y área programática		Programas básicos
		Presupuesto ordinario (en dólares de los Estados Unidos)
1	Enfermedades transmisibles	
1.1	Infección por el VIH e ITS	4.904.000
1.2	Tuberculosis	5.011.000
1.3	Malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores (incluido el dengue y la enfermedad de Chagas)	5.052.000
1.4	Enfermedades tropicales y zoonóticas desatendidas	3.980.000
1.5	Enfermedades prevenibles mediante vacunación (incluido el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis)	3.495.000
	<i>Subtotal de la categoría 1</i>	22.442.000
2	Enfermedades no transmisibles	
2.1	Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo	12.053.000
2.2	Salud mental	1.527.000
2.3	Violencia y traumatismos	3.074.000
2.4	Discapacidades y rehabilitación	1.509.000
2.5	Nutrición	6.233.000
	<i>Subtotal de la categoría 2</i>	24.396.000

Categoría y área programática		Programas básicos
		Presupuesto ordinario (en dólares de los Estados Unidos)
3	Abordar los determinantes de la salud y promover la salud a lo largo de todo el ciclo de vida	
3.1	Salud de la mujer, de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente y salud sexual y reproductiva	13.416.000
3.2	Envejecimiento y salud	1.043.000
3.3	Integración de las cuestiones de género, equidad, derechos humanos y grupos étnicos	5.501.000
3.4	Salud y medio ambiente	7.198.000
3.5	Determinantes sociales de la salud	5.937.000
	<i>Subtotal de la categoría 3</i>	33.095.000
4	Sistemas de salud	
4.1	Gobernanza y financiamiento de la salud, políticas, estrategias y planes nacionales de salud	10.583.000
4.2	Servicios de salud integrados centrados en las personas	7.630.000
4.3	Acceso a productos médicos y fortalecimiento de la capacidad de reglamentación	8.946.000
4.4	Información y datos probatorios relacionados con los sistemas de salud	12.590.000
4.5	Recursos humanos para la salud	5.188.000
	<i>Subtotal de la categoría 4</i>	44.937.000
5	Preparación, vigilancia y respuesta	
5.1	Capacidad de alerta y de respuesta	4.721.000
5.2	Enfermedades que tienden a causar epidemias y pandemias	6.267.000
5.3	Manejo de riesgos y de crisis en situaciones de emergencia	4.504.000
5.4	Inocuidad de los alimentos	3.171.000
	<i>Subtotal de la categoría 5</i>	18.663.000
	Subtotal categorías 1 a 5	143.533.000
6	Servicios corporativos y funciones habilitadoras	
6.1	Liderazgo y gobernanza	56.319.000
6.2	Transparencia, rendición de cuentas y gestión de riesgos	2.929.000
6.3	Planificación estratégica, coordinación de recursos y notificación	23.987.000
6.4	Gestión y administración	43.291.000
	Gestión y administración (PMIS)	
6.5	Comunicaciones estratégicas	9.041.000
	<i>Subtotal de la categoría 6</i>	135.567.000

Categoría y área programática	Programas básicos
	Presupuesto ordinario (en dólares de los Estados Unidos)
Subtotal (categorías 1 a 6)	279.100.000
Contribuciones del personal	18.240.000
PRESUPUESTO TOTAL	297.340.000

6. Que las asignaciones se financiarán por medio de:
- a) Contribuciones correspondientes a:
 - Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados, fijadas según la escala adoptada.....210.640.000
 - b) Ingresos varios6.000.000
 - c) Porción para la Región de las Américas (calculada con base en las asignaciones 2012 a 2013)80.700.000
- TOTAL297.340.000

7. Que al establecerse las contribuciones de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados, estas se reducirán aún más en la cantidad que tengan abonada a su favor en el Fondo de Igualación de Impuestos; se exceptúan los fondos de aquellos que gravan con impuestos los sueldos que sus ciudadanos y residentes perciben de la Oficina, los cuales se reducirán en una cantidad equivalente a los reembolsos tributarios realizados por la Oficina.

8. Que en conformidad con el Reglamento Financiero de la OPS, las cantidades que no excedan las asignaciones mencionadas en el párrafo 2 se liberarán para atender el pago de las obligaciones contraídas entre el 1 de enero del 2014 y el 31 de diciembre del 2015, no obstante lo dispuesto en el presente párrafo, las obligaciones que se contraigan durante el ejercicio financiero 2014-2015 se limitarán al presupuesto efectivo de trabajo, es decir, a las categorías 1 a 6 del cuadro de asignaciones que figura en el párrafo 2.

9. Que la Directora estará autorizada a transferir fondos entre las secciones de asignación del presupuesto efectivo de trabajo hasta por una cantidad que no exceda 10% del monto asignado al área programática desde la cual se hace la transferencia; las transferencias entre las áreas programáticas que excedan del 10% pueden efectuarse con la aprobación del Comité Ejecutivo. Todas las transferencias de fondos del presupuesto deberán notificarse al Consejo Directivo o a la Conferencia Sanitaria Panamericana.

10. Que hasta el 5% del presupuesto asignado a nivel de país se apartará en concepto de “componente variable de la asignación a los países”, según lo estipulado en la Política del Presupuesto de la OPS. El gasto a partir del componente variable de la asignación a los países será autorizado por la Directora en conformidad con los criterios aprobados por el Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración en su segunda sesión, como se presentaron en el documento CE142/8 al Comité Ejecutivo en su 142.^a sesión. El gasto efectuado a partir del componente variable de la asignación a los países se reflejará en las categorías correspondientes de asignación 1 a 6 en el momento de la notificación.
11. Apartar otro 5% del presupuesto asignado a nivel de país como “componente basado en los resultados”, según lo estipulado en la Política del Presupuesto de la OPS. La asignación en el componente basado en los resultados será autorizada por la Directora en conformidad con los criterios establecidos en la Política del Presupuesto.
12. Calcular el monto del gasto en el programa y presupuesto para el 2014-2015 que se financiará con fondos de otras fuentes en \$290.000.000, como se indica en el *Documento Oficial* ____.

(Octava reunión, 20 de junio del 2013)

CE152.R17: Contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el 2014-2015

LA 152.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Considerando que en la resolución CE152.R16 el Comité Ejecutivo recomendó que el 52.^o Consejo Directivo aprobase el Programa y Presupuesto de la OPS (*Documento Oficial*__);

Teniendo en cuenta que la escala de contribuciones de la OPS para el período 2012-2014 se basa en la escala de cuotas de la Organización de los Estados Americanos,

RESUELVE:

Recomendar al 52.^o Consejo Directivo que apruebe una resolución redactada en los siguientes términos:

**CONTRIBUCIONES SEÑALADAS DE LOS ESTADOS MIEMBROS, LOS
ESTADOS PARTICIPANTES Y LOS MIEMBROS ASOCIADOS DE LA
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD PARA EL 2014-2015**

EL 52.º CONSEJO DIRECTIVO,

Considerando que en la resolución CD52.R__ el Consejo Directivo aprobó el Programa y Presupuesto de la OPS 2014-2015 (*Documento Oficial*__);

Teniendo presente que el Código Sanitario Panamericano establece que la escala de las contribuciones señaladas que ha de aplicarse a los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud se basará en la escala de cuotas adoptada por la Organización de los Estados Americanos para sus miembros, y que en la resolución CD52.R__ el Consejo Directivo adoptó la escala de contribuciones para los miembros de la OPS para el bienio 2014-2015,

RESUELVE:

Establecer las contribuciones señaladas de los Estados Miembros, los Estados Participantes y los Miembros Asociados de la Organización Panamericana de la Salud para el período financiero 2014-2015 de conformidad con la escala de contribuciones que se presenta a continuación y en las cantidades correspondientes, que no representa aumento alguno con respecto al bienio 2012-2013.

CONTRIBUCIONES DE LOS ESTADOS MIEMBROS, LOS ESTADOS PARTICIPANTES
Y LOS MIEMBROS ASOCIADOS DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD PARA EL 2014-2015

(1) Afilación	(2)		(3)		(4)		(5)		(6)	
	Escala ajustada a los miembros de la OPS		Cuota bruta		Monto a favor en el Fondo de Igualación de Impuestos		Ajustes por impuestos recaudados por los Estados Miembros sobre salarios del personal de la OSP		Cuota neta	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Estados Miembros										
Antigua y Barbuda	0,022	0,022	23.170	23.170	2.006	2.006			21.164	21.164
Argentina	2,408	2,408	2.536.106	2.536.106	219.610	219.610			2.316.496	2.316.496
Bahamas	0,062	0,062	65.298	65.298	5.654	5.654			59.644	59.644
Barbados	0,045	0,045	47.394	47.394	4.104	4.104			43.290	43.290
Belice	0,022	0,022	23.170	23.170	2.006	2.006			21.164	21.164
Bolivia	0,049	0,049	51.607	51.607	4.469	4.469			47.138	47.138
Brasil	9,941	9,941	10.469.861	10.469.861	906.619	906.619			9.563.242	9.563.242
Canadá	11,972	11,972	12.608.910	12.608.910	1.091.846	1.091.846	45.000	45.000	11.562.064	11.562.064
Chile	1,189	1,189	1.252.255	1.252.255	108.437	108.437			1.143.818	1.143.818
Colombia	1,049	1,049	1.104.807	1.104.807	95.669	95.669			1.009.138	1.009.138

CONTRIBUCIONES DE LOS ESTADOS MIEMBROS, LOS ESTADOS PARTICIPANTES
Y LOS MIEMBROS ASOCIADOS DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD PARA EL 2014-2015

(1) Afilación	(2)		(3)		(4)		(5)		(6)	
	Escala ajustada a los miembros de la OPS		Cuota bruta		Monto a favor en el Fondo de Igualación de Impuestos		Ajustes por impuestos recaudados por los Estados Miembros sobre salarios del personal de la OSP		Cuota neta	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Costa Rica	0,221	0,221	232.757	232.757	20.155	20.155			212.602	212.602
Cuba	0,183	0,183	192.736	192.736	16.690	16.690			176.046	176.046
Dominica	0,022	0,022	23.170	23.170	2.006	2.006			21.164	21.164
Estados Unidos de América	59,445	59,445	62.607.474	62.607.474	5.421.384	5.421.384	10.000.000	10.000.000	67.186.090	67.186.090
Ecuador	0,258	0,258	271.726	271.726	23.530	23.530			248.196	248.196
El Salvador	0,114	0,114	120.065	120.065	10.397	10.397			109.668	109.668
Granada	0,022	0,022	23.170	23.170	2.006	2.006			21.164	21.164
Guatemala	0,168	0,168	176.938	176.938	15.322	15.322			161.616	161.616
Guyana	0,022	0,022	23.170	23.170	2.006	2.006			21.164	21.164
Haití	0,034	0,034	35.809	35.809	3.101	3.101			32.708	32.708
Honduras	0,051	0,051	53.713	53.713	4.651	4.651			49.062	49.062

CONTRIBUCIONES DE LOS ESTADOS MIEMBROS, LOS ESTADOS PARTICIPANTES
Y LOS MIEMBROS ASOCIADOS DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD PARA EL 2014-2015

(1) Afilación	(2)		(3)		(4)		(5)		(6)	
	Escala ajustada a los miembros de la OPS		Cuota bruta		Monto a favor en el Fondo de Igualación de Impuestos		Ajustes por impuestos recaudados por los Estados Miembros sobre salarios del personal de la OSP		Cuota neta	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Jamaica	0,093	0,093	97.948	97.948	8.482	8.482			89.466	89.466
México	8,281	8,281	8.721.549	8.721.549	755.227	755.227			7.966.322	7.966.322
Nicaragua	0,034	0,034	35.809	35.809	3.101	3.101			32.708	32.708
Panamá	0,158	0,158	166.406	166.406	14.410	14.410			151.996	151.996
Paraguay	0,093	0,093	97.948	97.948	8.482	8.482			89.466	89.466
Perú	0,688	0,688	724.602	724.602	62.746	62.746			661.856	661.856
República Dominicana	0,257	0,257	270.672	270.672	23.438	23.438			247.234	247.234
Saint Kitts y Nevis	0,022	0,022	23.170	23.170	2.006	2.006			21.164	21.164
Saint Lucía	0,022	0,022	23.170	23.170	2.006	2.006			21.164	21.164
San Vicente y las Granadinas	0,022	0,022	23.170	23.170	2.006	2.006			21.164	21.164
Suriname	0,034	0,034	35.809	35.809	3.101	3.101			32.708	32.708

CONTRIBUCIONES DE LOS ESTADOS MIEMBROS, LOS ESTADOS PARTICIPANTES
Y LOS MIEMBROS ASOCIADOS DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD PARA EL 2014-2015

(1) Afilación	(2)		(3)		(4)		(5)		(6)	
	Escala ajustada a los miembros de la OPS		Cuota bruta		Monto a favor en el Fondo de Igualación de Impuestos		Ajustes por impuestos recaudados por los Estados Miembros sobre salarios del personal de la OSP		Cuota neta	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Trinidad y Tabago	0,180	0,180	189.576	189.576	16.416	16.416			173.160	173.160
Uruguay	0,214	0,214	225.385	225.385	19.517	19.517			205.868	205.868
Venezuela	2,186	2,186	2.302.295	2.302.295	199.363	199.363	0	0	2.102.932	2.102.932
Subtotal	<u>99,583</u>	<u>99,583</u>	<u>104.880.815</u>	<u>104.880.815</u>	<u>9.081.969</u>	<u>9.081.969</u>	<u>10.045.000</u>	<u>10.045.000</u>	<u>105.843.846</u>	<u>105.843.846</u>
Estados Participantes										
Francia	0,219	0,219	230.651	230.651	19.973	19.973			210.678	210.678
Reino de los Países Bajos	0,017	0,017	17.904	17.904	1.550	1.550			16.354	16.354
Reino Unido	0,046	0,046	48.447	48.447	4.195	4.195			44.252	44.252
Subtotal	<u>0,282</u>	<u>0,282</u>	<u>297.002</u>	<u>297.002</u>	<u>25.718</u>	<u>25.718</u>			<u>271.284</u>	<u>271.284</u>
Miembros Asociados										
Aruba*	0,017	0,017	17.904	17.904	1.550	1.550			16.354	16.354

CONTRIBUCIONES DE LOS ESTADOS MIEMBROS, LOS ESTADOS PARTICIPANTES
Y LOS MIEMBROS ASOCIADOS DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD PARA EL 2014-2015

(1) Afiliación	(2)		(3)		(4)		(5)		(6)	
	Escala ajustada a los miembros de la OPS		Cuota bruta		Monto a favor en el Fondo de Igualación de Impuestos		Ajustes por impuestos recaudados por los Estados Miembros sobre salarios del personal de la OSP		Cuota neta	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Curaçao*	0,017	0,017	17.904	17.904	1.550	1.550			16.354	16.354
Puerto Rico	0,084	0,084	88.469	88.469	7.661	7.661			80.808	80.808
San Martín*	0,017	0,017	17.904	17.904	1.550	1.550			16.354	16.354
Subtotal	<u>0,135</u>	<u>0,135</u>	<u>142.181</u>	<u>142.181</u>	<u>12.311</u>	<u>12.311</u>			<u>129.870</u>	<u>129.870</u>
TOTAL	<u>100,000</u>	<u>100,000</u>	<u>105.319.998</u>	<u>105.319.998</u>	<u>9.119.998</u>	<u>9.119.998</u>	<u>10.045.000</u>	<u>10.045.000</u>	<u>106.245.000</u>	<u>106.245.000</u>

(5) Esta columna incluye las cantidades calculadas que serían recibidas por los Gobiernos Miembros respectivos en 2010-2011 con respecto a los impuestos recaudados por ellos sobre los salarios de funcionarios de la OSP, ajustadas en función de la diferencia entre los montos calculados y reales en años previos.

* Aruba, Curaçao y San Martín fueron admitidos como Miembros Asociados en la 28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana. La escala final de contribuciones está pendiente de ser analizada con los Estados Miembros y se presentará al Consejo Directivo en septiembre del 2013.

(Octava reunión, 20 de junio del 2013)

Decisiones

Decisión CE152(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 CE152/1, Rev. 1).

(Primera reunión, 17 de junio del 2013)

Decisión CE152(D2): Representación del Comité Ejecutivo en el 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.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 Perú y El Salvador, su Presidente y Vicepresidente, respectivamente, para representar al Comité en el 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Chile y Jamaica fueron elegidos como representantes suplentes

(Sexta reunión, 19 de junio del 2013)

EN FE DE LO CUAL, el Presidente del Comité Ejecutivo, Delegado del Perú, y la Secretaria ex officio, Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana, firman el presente informe final en lengua española.

HECHO en Washington, D.C., a los veintiún días del mes de junio del año dos mil trece. La Secretaria depositará el documento original en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Víctor Raúl Cuba Oré
Delegado del Perú
Presidente de la 152.^a sesión
del Comité Ejecutivo

Carissa Etienne
Directora de la
Oficina Sanitaria Panamericana
Secretaria ex officio de la
152.^a sesión del Comité Ejecutivo

ORDEN DEL DÍA

1. APERTURA DE LA SESIÓN

2. ASUNTOS RELATIVOS AL REGLAMENTO

- 2.1 Adopción del orden del día y del programa de reuniones
- 2.2 Representación del Comité Ejecutivo en el 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
- 2.3 Orden del día provisional del 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

3. ASUNTOS RELATIVOS AL COMITÉ

- 3.1 Informe de la séptima sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración
- 3.2 Premio OPS en Administración (2013)
- 3.3 Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS
- 3.4 Informe anual de la Oficina de Ética (2012)
- 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 Plan Estratégico de la OPS 2014-2019
- 4.2 Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2014-2015
- 4.3 Protección social en salud
- 4.4 Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles

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

- 4.5 Formulación de políticas basadas en la evidencia para los programas nacionales de inmunización
- 4.6 Cooperación entre países para el desarrollo sanitario en las Américas
- 4.7 Enfermedad renal crónica de las comunidades agrícolas de Centroamérica

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 2012
- 5.3 Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación
- 5.4 Modificaciones del Reglamento Financiero
- 5.5 Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros
- 5.6 Situación de los proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial de la OPS
- 5.7 Plan Maestro de Inversiones de Capital

6. ASUNTOS RELATIVOS AL PERSONAL

- 6.1 Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
- 6.2 Estadísticas con respecto a la dotación de personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
- 6.3 Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS

7. ASUNTOS DE INFORMACIÓN GENERAL

- 7.1 Actualización sobre la reforma de la OMS

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

- 7.2 Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS y el Presupuesto por Programas 2014-2015 de la OMS
- 7.3 Proyecto de Modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana: Informe de progreso
- 7.4 Informe sobre la 16.^a Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, en Salud y Agricultura (RIMSA16)
- 7.5 Tercer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud: Informe sobre los preparativos (por Brasil)
- 7.6 La salud en la agenda para el desarrollo después del 2015: Informe sobre los preparativos para el debate de tipo panel
- 7.7 Informes de progreso sobre asuntos técnicos:
 - A. Estrategia y Plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre del recién nacido y del niño (2008-2015): Evaluación de mitad de período
 - B. Estrategia y Plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita: Evaluación de mitad de período
 - C. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de salud en la Región de las Américas
 - D. Aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
 - E. Plan regional de salud de los trabajadores
 - F. Hacia la eliminación de la oncocercosis (ceguera de los ríos) en las Américas
 - G. Plan regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud
 - H. Implementación del Reglamento Sanitario Internacional
 - I. Situación de los Centros Panamericanos

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

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

- A. 66.^a Asamblea Mundial de la Salud
- B. Organizaciones subregionales

8. OTROS ASUNTOS

9. CLAUSURA DE LA SESIÓN

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos oficiales

Doc. of. 344 Informe financiero del Director e Informe del Auditor Externo para 2012

Documentos de trabajo

CE152/1, Rev. 1 CE152/WP	Orden del día Programa de reuniones
CE152/2	Representación del Comité Ejecutivo en el 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
CE152/3	Orden del día provisional del 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas
CE152/4	Informe de la séptima sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración
CE152/5 y Add. I	Premio OPS en Administración (2013)
CE152/6	Organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OPS
CE152/7	Informe anual de la Oficina de Ética (2012)
CE152/8, Rev. 1	Informe del Comité de Auditoría de la OPS
CE152/9	Nombramiento de un miembro para integrar el Comité de Auditoría de la OPS
CE152/10, Rev. 1 y Add. I, Rev. 1	Proyecto de Plan Estratégico de la OPS 2014-2019
CE152/11, Rev. 1 y Add. I y Add. II	Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2014-2015
CE152/12, Rev. 1	Protección social en salud
CE152/13, Rev. 1	Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles

Documentos de trabajo (*cont.*)

CE152/14	Formulación de políticas basadas en la evidencia para los programas nacionales de inmunización
CE152/15	Cooperación entre países para el desarrollo sanitario en las Américas
CE152/16, Rev. 1 y Add. I	Informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas
CE152/17	Informe de la Oficina de Supervisión Interna y Servicios de Evaluación
CE152/18	Modificaciones del Reglamento Financiero
CE152/19	Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros
CE152/20	Situación de los proyectos financiados a partir de la Cuenta Especial de la OPS
CE152/21	Plan Maestro de Inversiones de Capital
CE152/22	Modificaciones del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
CE152/23	Estadísticas con respecto a la dotación de personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
CE152/24	Intervención del Representante de la Asociación de Personal de la OPS/OMS
CE152/25	Enfermedad renal crónica de las comunidades agrícolas de Centroamérica

Documentos de información

CE151/INF/1	Actualización sobre la reforma de la OMS
CE152/INF/2	Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS y el Presupuesto por Programas 2014-2015 de la OMS

Documentos de información (*cont.*)

- CE152/INF/3 Proyecto de Modernización del Sistema de Información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana: Informe de progreso
- CE152/INF/4 Informe sobre la 16.^a Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, en Salud y Agricultura (RIMSA 16)
- CE152/INF/5 Tercer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud: Informe sobre los preparativos (por Brasil)
- CE152/INF/6 La salud en la agenda para el desarrollo después del 2015: Informe sobre los preparativos para el debate de tipo panel
- CE152/INF/7 Informes de progreso sobre asuntos técnicos:
- A. Estrategia y Plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre del recién nacido y del niño (2008-2015): Evaluación de mitad de período
 - B. Estrategia y Plan de acción para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita: Evaluación de mitad de período
 - C. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de salud en la Región de las Américas (Rev. 1)
 - D. Aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
 - E. Plan regional de salud de los trabajadores
 - F. Hacia la eliminación de la oncocercosis (ceguera de los ríos) en las Américas
 - G. Plan regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud
 - H. Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (Rev. 1)
 - I. Situación de los Centros Panamericanos

CE152/FR (Esp.)
Anexo A

- 4 -

CE152/INF/8

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

A. 66.^a Asamblea Mundial de la Salud

B. Organizaciones subregionales

**LIST OF PARTICIPANTS/LISTA DE PARTICIPANTES
MEMBERS OF THE COMMITTEE/MIEMBROS DEL COMITÉ**

BRAZIL/BRASIL

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sr. Alberto Kleiman
Assessor Especial para Assuntos
Internacionais em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Delegates – Delegados

Sra. Juliana Vieira Borges Vallini
Assesora Internacional, Secretaria de
Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Sra. Indira Gonçalves
Técnica Especializada em Relações
Internacionais
Ministério da Saúde
Brasília

Mr. Erwin Epiphanyo
Representante Alternativo
Missão Permanente do Brasil junto à
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

CANADA/CANADÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Robert Shearer
Director General
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

Delegates – Delegados

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

CANADA/CANADÁ (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Ms. Monica Palak
Senior Policy Analyst
Multilateral Relations Division
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

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

CHILE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Luis Castillo
Subsecretario de Redes Asistenciales
Ministerio de Salud
Santiago

Delegates – Delegados

Sra. María Jesús Roncarati Guillón
Coordinadora de Proyectos
Oficina de Cooperación y Asuntos
Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

Sr. Rodrigo Olsen
Consejero, Representante Alternativo de
Chile ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

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

EL SALVADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Matías Villatoro
Coordinador, Unidad de Gestión de
Servicios de Salud
Ministerio de Salud
San Salvador

Delegates – Delegados

Srta. Wendy Acevedo
Consejera, Representante Alterna de
El Salvador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Srta. María José Grandino
Consejera, Representante Alterna de
El Salvador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

GRENADA/GRANADA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. George Mitchell
Acting Chief Medical Officer
Ministry of Health
St. George's

Delegate – Delegado

Ms. Patricia D. M. Clarke
Counsellor, Alternate Representative of
Grenada to the Organization of
American States
Washington, D.C.

JAMAICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Fenton Ferguson
Minister of Health
Ministry of Health
Kingston

Delegate – Delegado

Dr. Jean Dixon
Permanent Secretary
Ministry of Health
Kingston

PARAGUAY

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Antonio H. Arbo Sosa
Ministro de Salud Pública y
Bienestar Social
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Delegates – Delegados

Excelentísimo Sr. Martín Sannemann
Embajador, Representante Permanente de
Paraguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Adolfo Rene Marin Ferraira
Consejero, Representante Alterno de
Paraguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

PERU/PERÚ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Víctor Raúl Cuba Oré
Director General
Oficina General de Cooperación
Internacional
Ministerio de Salud
Lima

Delegates – Delegados

Excelentísimo Sr. Walter Albán
Embajador, Representante Permanente
del Perú ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Ministro Raúl Salazar Cosío
Representante Alterno del Perú ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Ministro Consejero Javier Yépez
Representante Alterno del Perú ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

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

Sr. Samuel Ashcallay
Tercer Secretario
Misión Permanente del Perú ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Colin McIlff
Health Attaché
U.S. Permanent Mission to the European
Office of the United Nations and other
International Organizations
Geneva

Delegates – Delegados

Ms. Ann Blackwood
Director of Health Programs
Office of Human Security
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Dr. Jordan Tappero
Associate Director for Science
Centers for Disease Control and Prevention
Department of Health and Human Services
Atlanta, Georgia

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

Ms. Sonia Angell
Senior Advisor for Global Non-communicable
Diseases
Center for Global Health
Centers for Disease Control and Prevention
Department of Health and Human
Services
Atlanta, Georgia

Ms. Hannah Burris
International Health Advisor
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

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

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

Delegates – Delegados (cont.)

Mr. Charles Darr
International Health Policy Analyst
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Mr. John Flanigan
Center for Global Health
Center for Diseases Control and Prevention
Department of Health and Human
Services
Atlanta, Georgia

Ms. Paula Harrison
Program Analyst
Office of Management, Policy, and
Resources
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

Ms. Peg Marshall
Bureau for Latin America and the Caribbean
US Agency for International Development
Washington, D.C.

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

Delegates – Delegados (cont.)

Ms. Stephanie McFadden
Program Analyst
Office of Management Policy and Resources
Bureau of International Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Ellie Panahi
Special Assistant
Office of Global Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Ms. Judnefera Rasayon
Program Analyst
Office of Human Security
Bureau of International Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Alyson Rose-Wood
Senior International Health Analyst
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

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

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

BARBADOS

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

COLOMBIA

Sra. Adriana Maldonado Ruiz
Primera Secretaria, Representante
Alternativa de Colombia ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA
DOMINICANA**

Srta. Carolina Peguero
Consejera
Embajada de República Dominicana
Washington, D.C.

GUATEMALA

Lic. José Carlos Castañeda y Castañeda
Asesor de Cooperación Internacional
Ministerio de Salud Pública
Ciudad de Guatemala

Lic. Jorge Loza
Coordinador de Cooperación Internacional
Ministerio de Salud Pública
Ciudad de Guatemala

Excelentísimo Sr. José R. Vielmann De León
Embajador, Representante Permanente de
Guatemala ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

HONDURAS

Excelentísimo Sr. Leonidas Rosa Bautista
Embajador, Representante Permanente de
Honduras ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Excelentísimo Sr. Jorge Milla Reyes
Embajador, Representante Alterno de
Honduras ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

MEXICO/MÉXICO

Lic. Martha Caballero Abraham
Directora de Cooperación Bilateral
y Regional
Secretaría de Salud
México, D.F.

Sra. Dolores Jimenez
Ministra, Representante Alternativa de México
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

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

Lic. Ana Paola Riveros
Tercera Secretaria, Representante Alternativa
de México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

**OTHER MEMBERS NOT SERVING THE COMMITTEE (cont.)/
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ (cont.)**

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

Dra. Carmen Velásquez de Visbal
Ministra Consejera, Representante
Alternativa de la República Bolivariana de
Venezuela ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Srita. Marlene Da Vargem Da Silva
Consejera, Representante Alternativa de la
República Bolivariana de Venezuela ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

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

Sra. Marcella Camero Montanez
Segunda Secretaria, Representante Alternativa
de la República Bolivariana de Venezuela
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

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

ASSOCIATE STATES/ESTADOS ASOCIADOS

ARUBA

Ms. Jocelyne Croes
Minister Plenipotentiary for Aruba
The Netherlands Embassy
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.

SPAIN/ESPAÑA (cont.)

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

**UNITED NATIONS AND SPECIALIZED AGENCIES/
NACIONES UNIDAS Y AGENCIAS ESPECIALIZADAS**

**Economic Commission for Latin America
and the Caribbean/Comisión Económica
para América Latina y el Caribe**

Sra. Inés Bustillo
Mr. Fernando Flores

**United Nations Office for South-South
Cooperation/ Oficina de las Naciones
Unidas para la Cooperación Sur-Sur**

Mr. Rogel Nuguid
Mr. Francisco Simplicio
Ms. Teresa Liu
Ms. Mirriah Vitale

**United Nations Development Program/
Programa de las Naciones Unidas para el
Desarrollo**

Mr. Paul Clayman

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

American Public Health Association

Dr. Georges Benjamin

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

Ms. Marcela Gaitán

**Healthy Caribbean Coalition/Coalición del
Caribe Saludable**

Dr. Victor Coombs

U.S. Pharmacopeia

Dr. Damian Cairatti

**Latin American Federation of Hospitals/
Federación Latinoamericana de Hospitales**

Dr. Norberto Larroca

**SPECIAL GUESTS/
INVITADOS ESPECIALES**

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

Mr. Alain Gillette
Mr. Peter Maertens

**Court of Audit of Spain/Tribunal de Cuentas
de España**

Ms. Dolores Genaro
Mr. Miguel Ángel Sánchez del Águila
Ms. Karen Ortíz

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

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

Dr. Carissa F. Etienne

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

Dr. Jon Kim Andrus
Deputy Director
Director Adjunto

Dr. José Romero Teruel
Assistant Director, a.i.
Subdirector Interino

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

Mr. Guillermo Birmingham
Director of Administration
Director de Administración

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

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



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



152.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA del 17 al 21 de junio del 2013

CE152/FR (Esp.)

Anexo D

CE152/SS/FR (Esp.)

29 de abril del 2013

ORIGINAL: INGLÉS

INFORME FINAL SESIÓN ESPECIAL DE LA 152.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Apertura de la sesión	3
Asuntos relativos al Reglamento	
Adopción del orden del día	4
Asuntos relativos a la política de los programas	
Asignación de fondos de la OMS a la Región de las Américas.....	4
Clausura de la sesión	10
Resoluciones	
<i>Resolución</i>	
CE152.SS.R1 Asignación de fondos de la OMS a la Región de las Américas.....	10
Anexos	
Anexo A. Orden del día	
Anexo B. Lista de participantes	

**INFORME FINAL
SESIÓN ESPECIAL DE LA 152.^a SESIÓN
DEL COMITÉ EJECUTIVO**

Apertura de la sesión

1. El Comité Ejecutivo celebró una sesión especial el 29 de abril del 2013, de conformidad con una petición del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración y de conformidad con el Artículo 17(a) de la Constitución de la OPS. Los representantes de los nueve miembros del Comité (Brasil, Canadá, Chile, El Salvador, Granada, Jamaica, Paraguay, Perú y Estados Unidos de América) participaron en la sesión, al igual que los delegados de los siguiente Estados Miembros y Miembros Asociados: Argentina, Aruba, Bahamas, Barbados, Colombia, Cuba, Curaçao, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá y San Martín. El doctor Mohamed Abdi Jama (Subdirector General para Administración General, OMS) participó en nombre de la Secretaría de la OMS. Algunos participantes asistieron en persona a la sesión que tuvo lugar en la sede de la OPS en Washington, D. C., mientras que otros lo hicieron a través del teléfono o del software de teleconferencias de la web.
2. El doctor Víctor Raúl Cuba Oré (Perú, Presidente del Comité Ejecutivo) inauguró la sesión, dio la bienvenida a los participantes y señaló que la finalidad principal de la sesión era considerar la asignación de fondos de la OMS a la Región de las Américas.
3. La Directora también les dio la bienvenida a los participantes. Observó que la sesión se estaba celebrando exactamente antes de la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud, en la cual se iba a abordar el tema del presupuesto por programas de la OMS para el bienio 2014-2015. El proyecto de presupuesto por programas que se presentaría a la Asamblea de la Salud reflejaba los debates anteriores sostenidos por los Estados Miembros durante y después de las sesiones del Comité de Programa, Presupuesto y Administración de la OMS y del Consejo Ejecutivo. La preparación del proyecto había exigido mucho trabajo, y esta era una consideración importante que debía tenerse presente en el transcurso de los debates en el Comité. Sin embargo, otra consideración de igual importancia era la opinión que contaba con apoyo amplio entre los Estados Miembros de la OPS, de que debería haber equidad en la asignación a la Región de la porción del presupuesto de la OMS. Observó que la Directora General de la OMS le había pedido que dejara muy en claro ante el Comité que ella estaba plenamente comprometida con la implantación de un mecanismo para velar por la transparencia con respecto a las asignaciones presupuestarias entre las regiones de la OMS.

Asuntos relativos al Reglamento

Adopción del orden del día

4. El Comité adoptó el orden del día propuesto contenido en el documento CE152/SS/1.

Asuntos relativos a la política de los programas

Asignación de fondos de la OMS a la Región de las Américas (documento CE152/SS/2)

5. El doctor Matías Villatoro (El Salvador, Presidente de la séptima sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración) recordó que durante el examen en el Subcomité del proyecto de programa y presupuesto, en su séptima sesión en marzo del 2013 (véase el documento SPBA7/FR, párrafos 26 a 36), la Delegada de México había presentado datos sobre la tendencia histórica del financiamiento de la OMS para la Región de las Américas (AMRO). Se le había pedido a la Oficina que validara los datos. Luego, en su calidad de Presidente del Subcomité, había pedido a la Oficina que convocara una sesión especial virtual del Subcomité para considerar los datos presentados por México y brindar más orientación que ayudaría a los Estados Miembros a prepararse para la Asamblea Mundial de la Salud, en mayo del 2013.

6. La sesión especial se había celebrado el 17 de abril del 2013.¹ El Subcomité había examinado un documento preparado por la Oficina (documento SPBA7/SS/2), que presentaba un panorama del marco jurídico y de las consideraciones presupuestarias que diferenciaban a la OPS de la OMS, así como una comparación entre los montos presupuestados por la OMS para la Región de las Américas y los montos que la Región había recibido en realidad en los tres bienios anteriores. El Subcomité también había escuchado una ponencia presentada por la Delegada de México y había examinado un documento preparado por el Gobierno de México (documento SPBA7/SS/3), que contenía una propuesta de declaración de los Estados Miembros de las Américas con respecto a la asignación de fondos de la OMS a la Región. La declaración propuesta solicitaba a la Secretaría de la OMS que garantizara el financiamiento total de la asignación a la Región del presupuesto de la OMS correspondiente al bienio 2014-2015 y que examinara los criterios de asignación presupuestaria a las regiones.

7. El Subcomité había expresado inquietud acerca de la disminución de la porción que recibía la Región del presupuesto de la OMS y había solicitado la adopción de un método más equitativo y transparente de asignación de recursos entre las regiones de la OMS. El hecho de que sistemáticamente la Región no lograba recibir la totalidad de su asignación del presupuesto de la OMS también se había contemplado como motivo de grave preocupación. Se había considerado esencial llevar este asunto ante la Asamblea

¹ El informe final de la sesión aparece en el anexo D del documento SPBA7/FR.

Mundial de la Salud y que sería oportuno hacerlo durante la 66.^a sesión de la Asamblea de la Salud en mayo, en el contexto del debate de la reforma de la OMS, el Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS y el presupuesto por programas de la OMS para 2014-2015.

8. Por consiguiente, el Subcomité había recomendado que el Comité Ejecutivo celebrara una sesión especial antes de la apertura formal de su 152.^a sesión para que el Comité considerara la aprobación de una resolución sobre el tema, que se transmitiría al Comité de Programa, Presupuesto y Administración de la OMS. También se había recomendado que el asunto fuese tratado por el Grupo de las Américas (GRUA), que se reuniría antes de la Asamblea Mundial de la Salud y que, durante la Asamblea, se presentara una declaración en nombre de la Región de las Américas.

9. La señora Verónica Ortiz (Asesora, Programa y Presupuesto, OSP) presentó el documento CE152/SS/2, y destacó varias consideraciones importantes con relación a la asignación de fondos por la OMS a la Región de las Américas. Una de ellas era que, además de servir como Oficina Regional de la OMS para las Américas, la OPS era una organización internacional independiente, lo cual significaba que sus Cuerpos Directivos, y no la Asamblea Mundial de la Salud, aprobaban sus presupuestos, mientras que sus Estados Miembros pagaban las contribuciones señaladas tanto a la OPS como a la OMS. Significaba también que la OPS recibía contribuciones señaladas tanto directamente como a través de su proporción del presupuesto de la OMS. Esto mismo se aplicaba a las contribuciones voluntarias. Otra consideración importante era que las contribuciones voluntarias de la OPS (es decir, los fondos movilizados por la OPS como organización independiente) no podían contabilizarse legalmente como contribuciones voluntarias dentro de la porción correspondiente a la Región de las contribuciones voluntarias de la OMS.

10. Para resumir las cifras presentadas en el cuadro 1 del documento CE152/SS/2, observó que si bien en el bienio 2010-2011 la OPS había recibido prácticamente toda su asignación para el presupuesto ordinario del presupuesto de la OMS, en cambio solo había recibido 25% de su porción presupuestada de contribuciones voluntarias de la OMS. Al 31 de diciembre del 2012 había recibido cerca de \$30 millones de la porción presupuestada para la Región de más de \$80 millones de las contribuciones voluntarias de la OMS para el bienio en curso. La figura 1 del documento, que mostraba la tendencia en cuanto a los fondos presupuestados y los recibidos durante tres bienios, revelaba un modelo uniforme de financiamiento insuficiente de las contribuciones voluntarias de la OMS para la Región, según el cual la OPS recibía solamente alrededor de 30% de su porción presupuestada.

11. Una comparación de las cantidades recibidas y los montos presupuestados (incluidos tanto los fondos del presupuesto ordinario como las contribuciones voluntarias) para todas las regiones de la OMS en el 2010-2011 reveló que las Américas habían recibido la proporción más baja del financiamiento previsto de la OMS (49%, en

comparación con 57% para la Región de África, 62% para la Región de Asia Sudoriental, 79% para la Región de Europa, 59% para la Región del Mediterráneo Oriental y 83% para la Región del Pacífico Occidental). A la Región también se le había asignado la proporción más baja del presupuesto de la OMS para los programas básicos: 6,1% en el bienio 2012-2013, aunque el mecanismo de validación de la asignación estratégica de recursos aprobado en el 2006² estipulaba que la Región recibiera entre 6,3% y 7,7%. Para el bienio 2014-2015, la porción proyectada del presupuesto total de la OMS para la Región sería 4,4%, mientras que su proporción del presupuesto de la OMS para los programas básicos sería 5,4%. A pesar de que la Oficina esperaba que la asignación del presupuesto ordinario de la Región de la OMS siguiera siendo igual que en los dos bienios anteriores (\$80,7 millones), todavía no se habían establecido las asignaciones del presupuesto ordinario. El mecanismo de validación para la asignación estratégica de recursos de la OMS ya no se estaba utilizando y no se aplicaría al presupuesto de 2014-2015. No se sabía por qué había dejado de utilizarse ni cuándo podría reemplazarse con un nuevo mecanismo de validación.

12. Se invitó al Comité Ejecutivo a que considerara el proyecto de resolución contenido en el anexo al documento CE152/SS/2, que incluía una declaración propuesta por los Estados Miembros de las Américas para presentarla a la 18.^a sesión del Comité de Programa, Presupuesto y Administración de la OMS y a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud.

13. El Comité expresó una gran inquietud por la proporción cada vez menor del presupuesto asignado a la Región por la OMS, e hizo notar que no solamente la cantidad era inferior al porcentaje calculado según el mecanismo de validación de la asignación estratégica de recursos aprobado en el 2006, sino que los montos recibidos eran sistemáticamente inferiores a los montos asignados. El hecho de que la Región estaba recibiendo sumas muy inferiores, tanto en valores absolutos como proporcionales, en comparación con otras regiones de la OMS, también era motivo de preocupación. Los delegados señalaron que, en particular, la porción de las contribuciones voluntarias del presupuesto estaba subfinanciada y que la porción de las Américas estaba financiada a un nivel muy inferior con respecto a otras regiones. Se pidió una explicación a la Secretaría de la OMS en cuanto a la justificación de esa discrepancia. Los delegados también deseaban saber por qué no se había aplicado el mecanismo de asignación de recursos del 2006 y qué criterios se habían usado en su lugar para determinar las asignaciones a las diversas regiones en el presupuesto 2014-2015. Se recalcó que cualquier método nuevo de asignación de recursos que pudiera crearse para reemplazar el mecanismo del 2006 debería ser justo, equitativo y transparente y debía asegurar la rendición de cuentas. También se subrayó que la heterogeneidad y las asimetrías existentes en las Américas debían tenerse en cuenta al establecer la asignación para la Región.

² Véanse los documentos de la OMS, EB118/7 y EBSS-EB118/2006/REC/1.

14. Varios delegados señalaron que la falta de seguridad y el hecho de no poder prever el monto del financiamiento de la porción de la OMS del presupuesto de la Región podría dificultar que se prestara la atención adecuada a las prioridades, como las enfermedades no transmisibles y los determinantes sociales de la salud. Varios delegados preguntaron cuál había sido la repercusión de las reducciones y los déficits de financiamiento en la porción de la OMS del presupuesto, en el cumplimiento por la OPS de sus responsabilidades frente a la OMS y en el logro por la Región de los objetivos estratégicos y los resultados previstos a nivel de toda la Organización, establecidos según el *Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS*. Con la finalidad de presentar una justificación fuerte para recibir mayor financiamiento de la OMS para la Región, se consideraba esencial proporcionar datos fiables que demostraran la repercusión del déficit de financiamiento. También se consideraba necesario que la OPS fuese conocida como una organización ágil, eficaz y orientada a la consecución de resultados.

15. La señora Ortiz afirmó que la proporción correspondiente a la Región del presupuesto de la OMS para 2012-2013 había ascendido a 6,1%, suma que, en realidad, se encontraba por debajo del intervalo de 6,3% a 7,7% previsto según el mecanismo del 2006 para la asignación de recursos; por otro lado, el porcentaje que en verdad se había recibido era inferior. En el 2010-2011, se había asignado a la Región la cantidad de \$245 millones, pero esta había recibido solo alrededor de la mitad de ese monto: \$121 millones. El déficit de financiamiento había repercutido sin duda en la capacidad de la Oficina de prestar cooperación técnica y se había observado una relación bastante directa entre el porcentaje de financiamiento recibido y en el grado en que se habían logrado los resultados previstos.

16. La doctora Amalia del Riego (Asesora Principal, Planificación y Coordinación de Recursos, OSP) agregó que, en las operaciones diarias, las brechas de financiamiento de una fuente se cubrían con fondos disponibles de otras fuentes y, por consiguiente, no era posible identificar áreas específicas que habían tenido problemas por no haber recibido el financiamiento esperado de la OMS. Sin embargo, la repercusión sobre el presupuesto general de la Organización era evidente, según lo había manifestado la señora Ortiz en su presentación.

17. La Directora señaló que entendía que las discrepancias en la asignación de las contribuciones voluntarias entre las regiones tenían que ver con el hecho de que el financiamiento voluntario movilizado por otras regiones se contabilizaba en el componente de contribuciones voluntarias del presupuesto de la OMS, mientras que el financiamiento voluntario movilizado por la OPS no se contabilizaba. Algunos funcionarios de alto nivel en la Secretaría de la OMS habían expresado el punto de vista de que una porción de las contribuciones voluntarias de la OPS debía contarse como parte de la proporción de la Región de las contribuciones voluntarias de la OMS. Estuvo de acuerdo en que se necesitaban criterios transparentes para asignar el presupuesto entre las regiones. Sin embargo, dado que la OMS no había recibido todo el financiamiento

voluntario que se había presupuestado, en su opinión también era necesario establecer directrices claras para determinar qué porcentaje de las contribuciones voluntarias disponibles irían a cada Región.

18. Mientras el Comité consideraba la medida que iba a tomar sobre este asunto, exhortaba a los Estados Miembros a tener presente que la elaboración de un presupuesto era un proceso extenso y complejo. Si los Estados Miembros de las Américas insistían en que se aplicara el mecanismo de asignación estratégica de recursos del 2006 al proyecto de presupuesto por programas de la OMS para 2014-2015, el proyecto de presupuesto tendría que adaptarse, lo que seguramente causaría retrasos para la Asamblea Mundial de la Salud de mayo del 2013. Por consiguiente, sugería que los Estados Miembros pidieran sencillamente la creación de un mecanismo claro, equitativo y transparente de validación para aplicarlo a los presupuestos futuros.

19. El doctor Mohamed Abdi Jama (Subdirector General para Administración General, OMS), hablando por teléfono desde la sede de la OMS, explicó que el mecanismo de validación de la asignación estratégica de recursos aprobado en el 2006 había sido una medida de duración limitada que caducaba en el 2013. Todavía no se había creado un mecanismo de sustitución, pero se estaban estudiando las opciones como parte del programa de reforma de la OMS por un equipo de tareas encabezado por la Directora Regional para Europa y el Director General Adjunto de la OMS; el asunto estaría abierto para el debate por los Estados Miembros en los próximos meses. Entretanto, la Directora General había sugerido que los recursos debían estar de acuerdo con las funciones —lo que significaba que los recursos deben ir al nivel o la parte de la Organización donde se ejecutaban ciertas funciones. Esa idea se había utilizado para elaborar la propuesta de asignaciones del presupuesto 2014-2015. El criterio principal aplicado para determinar las asignaciones había sido el monto de los gastos hasta diciembre del 2012.

20. Con respecto a las razones por las que las Américas parecían recibir un monto menor de contribuciones voluntarias de la OMS en comparación con otras regiones, explicó que los montos asignados a otras regiones comprendían fondos recaudados por la región misma, además de contribuciones voluntarias canalizadas a través de la Secretaría de la OMS. En todas las regiones, excepto en la Región de África, el financiamiento recaudado en la Región representaba más de la mitad de la asignación a esa Región de contribuciones voluntarias y podría representar hasta 80%. La Región de las Américas era la única región en la cual el financiamiento voluntario movilizado a nivel regional no se contabilizaba como parte de la proporción de contribuciones voluntarias de la OMS. Subrayó que las Américas sí recibían el mismo porcentaje que todas las otras regiones—excepto África— de las contribuciones voluntarias canalizadas a través de la Secretaría de la OMS. Ese porcentaje variaba entre 20% y 30%.

21. En respuesta a los comentarios del doctor Jama, un delegado señaló que en el documento donde se establecía el mecanismo de validación de la asignación estratégica

de recursos no parecía especificarse ningún límite de tiempo para su utilización, por eso pedía una aclaración sobre la fecha de caducidad mencionada por el doctor Jama. Otra delegada pidió confirmación de que al aprobar los Estados Miembros conjuntamente el presupuesto de la OMS, el presupuesto de la OPS como organización independiente no se tenía en cuenta para determinar el monto que se asignaría a la Región de las Américas. Si ese fuese el caso, se preguntaba por qué ese monto había venido bajando en forma sostenida.

22. El doctor Jama confirmó que el presupuesto de la OMS reflejaba solo las contribuciones voluntarias generadas a través de la sede de la OMS. No mostraba ninguna contribución generada a nivel regional en las Américas. Reiteró que para todas las otras regiones, excepto África, el componente de contribución voluntaria de sus presupuestos incluía financiamiento voluntario movilizado por la propia Región, complementado por contribuciones voluntarias canalizadas a través de la sede de la OMS.

23. Varios delegados expresaron la opinión de que el financiamiento insuficiente en la asignación de contribuciones voluntarias de la Región no se había explicado en la forma adecuada. Se señaló que en los últimos bienios las Américas habían recibido menos de 50% de su asignación, mientras que otras regiones habían recibido hasta 80%, y se recalcó que la imposibilidad de predecir el monto del financiamiento de la OMS dificultaba para la OPS la elaboración y ejecución de sus presupuestos, así como la evaluación de los resultados logrados. Con relación a la observación del doctor Jama de que el proyecto de presupuesto 2014-2015 se había preparado sobre la base de los gastos del bienio anterior, se pidió una aclaración acerca de si se habían evaluado los niveles del gasto en comparación con el monto o los montos recibidos en realidad. Se recalcó que los gastos no deberían ser el único factor considerado en la asignación presupuestaria.

24. Con respecto al mecanismo de asignación de recursos del 2006, varios delegados opinaron que, a menos que hubiera habido un acuerdo explícito escrito por los Estados Miembros para solicitar que dejara de usarse, el mecanismo debería seguir aplicándose hasta que se hubiera aprobado un mecanismo nuevo. Se subrayó que los Estados Miembros debían participar en la creación del mecanismo nuevo. Se reafirmó la necesidad de contar con criterios claros de asignación a fin de velar por la transparencia y la rendición de cuentas.

25. El proyecto de resolución y la declaración contenidos en el documento CE152/SS/2 se discutieron a fondo y la declaración se revisó en detalle para reflejar los puntos planteados en el debate, además de fortalecer el lenguaje utilizado y hacerlo más conciso. Se eliminaron los párrafos 2, 4, y 5 debido a que su contenido se había considerado redundante o de naturaleza subjetiva, o porque parecía basarse en supuestos, no en hechos. Se señaló que los párrafos 4 y 5, por ejemplo, se referían a argumentos que podrían debatirse o rechazarse, pero no había ninguna prueba de que, en realidad, esos argumentos se habían planteado. Con relación al párrafo 5, se subrayó que lo importante

era insistir en que la OPS estaba comprometida con la transparencia y la rendición de cuentas en su planificación estratégica y su presupuestación, y que los Estados Miembros esperaban la misma transparencia y rendición de cuentas por parte de la OMS.

26. Los apartados 6(b) y 6(c) del proyecto de declaración original (que se convirtieron en apartados 5(b) y 5(c) en la declaración modificada) se abreviaron considerablemente y se revisó la redacción para exhortar a la Secretaría de la OMS a que diera a conocer los criterios para la asignación del presupuesto y para distribuir los recursos entre la sede de la OMS y las oficinas regionales, así como para subrayar la necesidad de incluir a los Estados Miembros en la formulación de un modelo nuevo para la asignación estratégica de recursos.

27. El Comité adoptó la resolución CE152.SS.R1 y solicitó que se transmitiera a la 18.^a sesión del Comité de Programa, Presupuesto y Administración de la OMS y a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud.

Clausura de la sesión

28. Después del intercambio usual de las fórmulas de cortesía, el Presidente declaró clausurada la sesión especial de la 152.^a sesión del Comité Ejecutivo.

Resoluciones

29. A continuación figura la resolución aprobada por el Comité Ejecutivo en el curso de la 152.^a sesión especial.

Resolución

CE152.SS.R1 *Asignación de fondos de la OMS a la Región de las Américas*

LA SESIÓN ESPECIAL DE LA 152.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el documento de antecedentes titulado *Asignación de fondos de la OMS a la Región de las Américas* (documento CE152/SS/2);

Teniendo en cuenta que el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) no se reunirá hasta septiembre del 2013 y que se necesitan con urgencia contribuciones para la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud, que se celebrará en mayo del 2013;

Observando la necesidad de un debate abierto e interactivo sobre la asignación de presupuestos y recursos a nivel mundial y regional, y

Teniendo en cuenta los complejos retos para la salud que enfrentaremos en el futuro y la necesidad de trabajar de manera responsable y con estrategias comunes que promuevan la solidaridad entre las regiones,

RESUELVE:

Solicitar que se presente la declaración que figura a continuación en la 18.^a reunión del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo de la OMS y en la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud.

DECLARACIÓN DE LOS ESTADOS MIEMBROS DE LAS AMÉRICAS SOBRE LA ASIGNACION PRESUPUESTARIA DE LA OMS A LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

1. En varios bienios, los Estados Miembros de la Región de las Américas han observado una reducción continua en la asignación total presupuestaria y de recursos financieros a la Región de las Américas por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el 2011 se expresó preocupación en la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud por medio de un manifiesto presentado por los Estados Miembros de las Américas, en el cual propugnaban una asignación presupuestaria justa para la Región. Esta preocupación no ha sido atendida. La Oficina Regional de la OMS para las Américas (AMRO) constantemente recibe menos de 50% de las contribuciones voluntarias presupuestadas.

2. Para el bienio 2014-2015, la Secretaría de la OMS ha propuesto un presupuesto total básico por programas de 5,4%¹ para AMRO. Aunque la Secretaría declaró en el *Proyecto de presupuesto por programas 2014-2015*² que no se estaba usando el mecanismo de asignación estratégica de recursos aprobado en el 2006,³ vale la pena recordar que en este modelo, que constituye un medio objetivo para la asignación presupuestaria con un criterio basado en las necesidades, se recomendó una asignación presupuestaria para AMRO de 6,3% a 7,7%. Es una preocupación compartida por los Estados Miembros de las Américas la falta de información respecto a los criterios mediante los cuales se ha realizado la asignación de recursos para el bienio 2014-2015. Por lo tanto, hasta que el Consejo Ejecutivo llegue a un acuerdo sobre una nueva modalidad de asignación presupuestaria mundial, el mecanismo de la asignación estratégica de recursos es la mejor base objetiva para el debate.

¹ Esta cifra (5,4%) corresponde al presupuesto de programas básicos para AMRO (que no incluye los fondos para la respuesta a los brotes y las crisis que están condicionados a que ocurra un brote epidémico o una crisis). El presupuesto total asignado para AMRO (incluidos los fondos para la respuesta a los brotes y las crisis) es de 4,4%.

² Documento A66/7 de la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud de la OMS.

³ Documento EB118/7 del 118.^o Consejo Ejecutivo de la OMS.

3. La OPS está comprometida con la transparencia y la rendición de cuentas, y presenta su Plan Estratégico y su Programa y Presupuesto a los Cuerpos Directivos y los publica en los sitios web correspondientes.

4. La Región de las Américas reconoce a la OMS sus esfuerzos para presentar un presupuesto realista que refleje las funciones de todos los niveles de la OMS y las prioridades de los países en materia de salud. Sin embargo, la Región de las Américas expresa su preocupación de que la ejecución de los presupuestos anteriores no debería ser el único factor considerado en la asignación presupuestaria, en vista de que los recursos asignados ni siquiera fueron enviados por completo a la Región.

5. Guiados por un claro compromiso con la transparencia y la rendición de cuentas, los Estados Miembros de las Américas solicitan por la presente que el Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo y la Asamblea Mundial de la Salud decidan proporcionar las siguientes directrices a la Secretaría de la OMS:

- a) Aunque se reconoce que la asignación de 4,4% a AMRO del presupuesto total de la OMS para el 2014-2015 está por debajo de lo óptimo, tal asignación es aceptable para este bienio solamente, con la condición de que los fondos reales para este presupuesto incluyan 100% de la porción correspondiente a las contribuciones señaladas y, de ser factible, por lo menos 75% de la porción correspondiente a las contribuciones voluntarias, bajo el principio de trato igualitario para todas las regiones.
- b) La Región de las Américas solicita a la Secretaría que proporcione los criterios según los cuales se asigna el presupuesto y se distribuyen los recursos a la Sede y las oficinas regionales de la OMS.
- c) La Secretaría de la OMS debería trabajar con los Estados Miembros en relación con un proceso para establecer un nuevo modelo de asignación estratégica de los recursos de la OMS a partir del bienio 2016-2017.

(Plenaria única, 29 de abril del 2013)

ORDEN DEL DÍA

- 1. APERTURA DE LA SESIÓN**
- 2. ASUNTOS RELATIVOS AL REGLAMENTO**
 - 2.1 Adopción del orden del día
- 3. ASUNTOS RELATIVOS A LA POLÍTICA DE LOS PROGRAMAS**
 - 3.1 Asignación de fondos de la OMS a la Región de las Américas
- 4. OTROS ASUNTOS**
- 5. CLAUSURA DE LA SESIÓN**

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos de trabajo

CE152/SS/1	Orden del día
CE152/SS/2	Asignación de fondos de la OMS a la Región de las Américas

**LIST OF PARTICIPANTS/LISTA DE PARTICIPANTES
MEMBERS OF THE COMMITTEE/MIEMBROS DEL COMITÉ**

BRAZIL/BRASIL

Sr. Leandro Luiz Viegas
Chefe da Divisão de Temas Multilaterais
Ministério da Saúde
Brasília

Sra. Juliana Vieira Borges Vallini
Jefa Adjunta del Área Internacional
Secretaria de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Sra. Indira Gonçalves
Jefa de la División de Análisis Técnica del
Área Internacional
Secretaria de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

CANADA/CANADÁ

Mr. Gloria Wiseman
Director of Multilateral Relations Division
Office of the International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

Ms. Monica Palak
Senior Policy Analyst
Multilateral Relations Division
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

Ms. Lucero Hernández
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

CHILE

Dra. Gabriela Moreno
Jefa de la División de Planificación Sanitaria
Ministerio de Salud
Santiago

Sra. María Jesús Roncarati Guillon
Coordinadora de Proyectos
Oficina de Cooperación y Asuntos
Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

Sr. José Ignacio Dougnac Vera
Jefe del Departamento de Gestión y
Planificación Financiera
Ministerio de Salud
Santiago

EL SALVADOR

Dra. María Isabel Rodríguez
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
San Salvador

Dr. Matías Villatoro
Coordinador, Unidad de Gestión de
Servicios de Salud
Ministerio de Salud
San Salvador

GRENADA/GRANADA

Mr. Clement Gabriel
Chief Planner
Ministry of Health
St. George's

JAMAICA

Dr. Jean Dixon
Permanent Secretary
Ministry of Health
Kingston

MEMBERS OF THE COMMITTEE/MIEMBROS DEL COMITÉ

PARAGUAY

Dr. Antonio H. Arbo Sosa
Ministro de Salud Pública y
Bienestar Social
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Dr. José María Massolo
Director General de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

PERU/PERÚ

Dr. Víctor Raúl Cuba Oré
Director General
Oficina General de Cooperación
Internacional
Ministerio de Salud
Lima

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

Ms. Ann Blackwood
Director for Health Programs
Office of Human Security
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

Dr. Jordan Tappero
Associate Director for Science
Center for Diseases Control and
Prevention
Department of Health and Human
Services
Atlanta, Georgia

Ms. Hannah Burris
International Health Analyst
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

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

ARGENTINA

Dr. Eduardo Bustos Villar
Secretario de Determinantes de la Salud
y Relaciones Sanitarias
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Lic. Andrea Polach
Asesora, Dirección de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud
Buenos Aires

BARBADOS

Mr. Samuel Deane
Chief Health Planner
Ministry of Health
St. Michael

COLOMBIA

Lic. Catalina Góngora
Oficina de Cooperación y Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud
Bogotá, D.F.

OTHER MEMBERS NOT SERVING THE COMMITTEE (cont.)
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ (cont.)

CUBA

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

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA
DOMINICANA**

Dra. Hilda Natera
Directora de Residencias Médicas y
Postgrado
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Santo Domingo

GUATEMALA

Lic. José Carlos Catañeda
Unidad de Cooperación Internacional
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

MEXICO/MÉXICO

Lic. Martha Caballero Abraham
Directora de Cooperación Bilateral
y Regional
Secretaría de Salud Pública
México, D.F.

NICARAGUA

Dr. Alejandro Solís
Director General de Planificación y
Desarrollo
Ministerio de Salud
Managua

Lic. Emilce Herrera
Directora de Cooperación Externa
Ministerio de Salud
Managua

PANAMA/PANAMÁ

Dra. Zelibeth Valverde
Directora de Planificación
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

ASSOCIATE STATES/ESTADOS ASOCIADOS

ARUBA

Hon. Richard Wayne Milton Visser
Minister of Health and Sport
Ministry of Health and Sport
Oranjestad, Aruba

CURAÇAO

The Hon. Dr. Bernard Whiteman
Minister of Health, Environment & Nature
Ministry of Health, Environment & Nature
Willemstad, Curaçao

SINT MAARTEN

Hon. Van Hugh Cornelius de Weever
Minister of Public Health, Social
Development and Labour
Ministry of Public Health, Social
Development and Labour
Philipsburg, Sint Maarten

**WORLD HEALTH ORGANIZATION/
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

Dr. Mohamed Abdi Jama
Assistant Director-General

Mr. Scott Pendergast
Coordinator, Planning, Monitoring,
Assessment & Quality Assurance

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

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

Dr. Jon Kim Andrus
Deputy Director/Director Adjunto

Dr. José Romero Teruel, a.i.
Assistant Director/Subdirector

Mr. Guillermo Birmingham
Director of Administration
Director de Administración

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

Dr. Heidi Jiménez
Legal Counsel/Asesora Jurídica

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

- - -